



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Differentiatie inschrijftarief huisartsenzorg

Deel 1: Evaluatie van de huidige differentiatie van het inschrijftarief

L.E. Flinterman
D.H. de Bakker
R.A. Verheij

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-312-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidssamenvatting	7
1 Aanleiding	9
1.1 Vraagstellingen deel 1	10
2 Zorgvraagzwaarte	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg	11
2.3 Klankbordgroep	12
2.4 Definitie zorggebruik	12
3 Samenhang huidige systematiek met zorggebruik	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Samenhang systematiek met zorggebruik	16
4 Mogelijke parameters ter verbetering van de differentiatie van het inschrijftarief	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Beschikbare parameters	19
4.3 Haalbaarheid van de parameters volgens het SMART principe	19
4.3.1 Leeftijd	20
4.3.2 Herkomst/ethniciteit	20
4.3.3 Geslacht	21
4.3.4 Inkomen	21
4.3.5 Regio	21
4.3.6 SES	22
4.3.7 Diagnose	22
4.3.8 Functionele status	23
4.3.9 Complicaties chronische ziekten	23
4.4 Samenhang parameters met zorggebruik	23
5 Herijking met beschikbare parameters	25
5.1 Inleiding	25
5.2 Mogelijke scenario's	25
5.3 Herijken opslagfactoren voor de verschillende scenario's	26
5.4 Effecten van aanpassing op praktijkniveau	27
5.5 Effect op welke praktijken?	29
6 Discussie	31

6.1	Samenvatting resultaten	31
6.2	Zorggebruik in plaats van zorgvraagzwaarte	32
6.3	Geen effect van het wonen in een achterstandswijk	34
6.4	Benodigd verder onderzoek	34
6.5	Conclusie	36
7	Klankbordgroep	37
8	Literatuur	38
Bijlagen:		
Bijlage 1	Methoden	40
Bijlage 2	Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren	43
Bijlage 3	Opslagfactoren per scenario	45
Bijlage 4	Het SMART principe	49
Bijlage 5	Verschillen in inkomen uit segment 1 na herijking voor praktijken met verschillende percentages van patiënten uit achterstandswijken	50

Voorwoord

Voor u ligt deel 1 van een onderzoek naar differentiatie van het inschrijftarief dat huisartsenpraktijken kunnen declareren voor patiënten die in hun praktijk staan ingeschreven.

In dit deel van het onderzoek wordt gekeken naar de mogelijkheden tot herijken van het inschrijftarief van de huisarts bij behoud van het consulttarief.

In deel 2 zullen scenario's worden beschreven waarin de basisbekostiging van de huisarts alleen bestaat uit een inschrijftarief op basis van populatiekenmerken zonder consultvergoeding.

Bij beide delen van het onderzoek is een klankbordgroep betrokken bestaande uit verschillende veldpartijen die belang hebben bij dit onderzoek. Wij willen alle leden van de klankbordgroep hartelijk danken voor hun tijd en inzet.

Dit rapport is geschreven in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit wij danken de opdrachtgever voor het in ons gestelde vertrouwen.

De auteurs

Beleidssamenvatting

Het zorglandschap is sterk in beweging. Sinds 1 januari 2015 is er een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (ketenzorg) dat bestaat uit 3 segmenten:

- Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg
- Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg (ketenzorg)
- Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Het nieuwe bekostigingsmodel komt voor een groot deel overeen met het bekostigingsmodel van voor 1 januari 2015. Nieuw is de indeling in 3 segmenten en de toevoeging van resultaatbeloning en meer beloningen voor zorgvernieuwing.

In Segment 1 geldt een gedifferentieerd inschrijftarief, naar leeftijd en wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk, en een consultvergoeding. De huidige differentiatie van het inschrijftarief is 20 jaar oud en is met de wijziging in het bekostigingsmodel mogelijk toe aan verandering. In dit onderzoek werd bekeken of er andere en betere factoren waren voor de differentiatie van het inschrijftarief en naar de gevolgen van het herijken van het inschrijftarief met deze nieuwe factoren.

Operationalisatie zorgvraagzwaarte

Om alternatieven voor de huidige differentiatiefactoren leeftijd en woonachtig zijn in een achterstandswijk te onderzoeken was het nodig om zorgvraagzwaarte te operationaliseren in de huisartsenzorg. De zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg werd in kaart gebracht middels het aantal contacten van de patiënt met de huisarts gewogen naar de geschatte tijdsduur van de contacten. Binnen het bestek van het onderzoek was het niet mogelijk om ook andere elementen van zorgvraagzwaarte in het onderzoek te betrekken, zoals de hoeveelheid niet-patiëntgebonden tijd en de zorgbehoefte van patiënten.

Veelbelovende factoren voor herijking

Leeftijd in 5-jaars categorieën, soort en aantal chronische aandoeningen en geslacht hingen het beste samen met het zorggebruik van de patiënt. Het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk, een van de variabelen die gebruikt wordt in de huidige systematiek, bleek niet samen te hangen met voor het zorggebruik van een patiënt. Herijking van de huidige systematiek met een wijziging van de leeftijdscategorieën, en toevoeging van geslacht en aantal chronische aandoeningen gaven betere voorspellingen van het zorggebruik, dan de huidige systematiek: de verklaarde variantie steeg van 12% naar 22%.

Het uitblijven van een effect voor het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk wordt mogelijk verklaard doordat niet alle patiënten in achterstandswijken daadwerkelijk te maken hebben met sociaal economische achterstand. Achterstand gemeten op persoonsniveau geeft mogelijk andere resultaten.

Grote verschillen tussen praktijken

Wanneer de verschillende scenario's voor een herijkte systematiek werden doorgerekend naar praktijkniveau ontstonden er grote verschuivingen in inkomsten van de praktijken. Hierbij gingen bij de meeste scenario's een groot deel van de praktijken achteruit in inkomsten, met uitschieters naar 20% achteruitgang in inkomsten uit segment 1.

Nog niet volledig

In dit onderzoek is nagegaan welke patiëntkenmerken samenhangen met het zorggebruik. Andere relevante aspecten van zorgvraagzwaarte, zoals niet patiëntgebonden tijd en de zorgbehoefte konden nog niet worden betrokken in het onderzoek. Daarnaast kon sociaaleconomische achterstand alleen op wijkniveau worden gemeten en niet op persoonsniveau.

Deze beperkingen in acht nemend laat dit onderzoek zien dat de differentiatie van het inschrijftarief naar leeftijd beter kan maar ook dat er nog informatie ontbreekt om de inschrijftarieven voor de huisartsenzorg per 1 januari 2016 te wijzigen.

1 Aanleiding

Het zorglandschap is sterk in beweging, met diverse hervormingen in de eerste lijn. Deze hervormingen hebben betrekking op alle segmenten van de eerste lijn, waaronder de GGZ, thuiszorg en de huisartsenzorg. Uitgangspunt van de hervormingen is dat het groeiende aantal mensen met een chronische en/of complexe zorgvraag, zoveel mogelijk en op verantwoorde wijze, in de eigen buurt terecht kan. Om te voorkomen dat complexere zorgvragen te snel in de tweede lijn terecht komen, zal er voldoende capaciteit voor deze vragen moeten zijn. De huisartsenzorg zal zich (nog) meer moeten toelagen op de competenties die het hardst nodig zijn. Onnodige zorgkosten moeten worden voorkomen door het optimaal inzetten van de beschikbare competenties. Dit moet zorgen voor substitutie van tweede- naar eerstelijns zorg, meer preventie en meer zelfmanagement en langer zelfstandig wonen [1, 2].

Deze zorghervormingen vormen de achtergrond van het bekostigingsmodel voor de huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg (ketenzorg), dat op 1 januari 2015 in werking is getreden. Het bekostigingsmodel bestaat uit drie segmenten, waarbinnen de vergoedingen van eerstelijns huisartsenzorg en ketenzorg worden geregeld:

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Deze hervormingen zijn het gevolg van afspraken die gemaakt zijn in het Convenant huisartsenzorg en het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn tussen het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)[1, 2].

Het inschrijftarief en het consulttarief zoals die gelden sinds 2006 zijn nu onderdeel van segment 1. Hierbij geldt het gedifferentieerde inschrijftarief als een vergoeding voor de verschillen in zorgbehoefte, zorgvraag en zorgzwaarte (zorgvraagzwaarte) tussen patiënten die niet tot uitdrukking komt in het aantal consulten. Het inschrijftarief is gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt en het wel of niet wonen in een achterstandswijk. Oudere patiënten en patiënten uit achterstandswijken zijn vaak complexer en vergen daarom meer indirecte tijd aan overleg met andere professionals en vragen meer tijd gedurende een standaard consult. De consultvergoeding corrigeert voor zorgzwaarte in de zin dat een intensievere behandeling leidt tot meer patiëntgebonden consulten en daarmee tot hogere inkomsten. De bekostigingssystematiek van segment 1 heeft als doel enerzijds het stimuleren van zorg naar behoefte van de patiënt en anderzijds het beheersen van de kosten per praktijk, zodanig dat er sprake is van een goede verhouding tussen de vaste en variabele vergoeding, zonder dat het voor huisartsen aantrekkelijk wordt om te veel of te weinig zorg te leveren of patiënten te weigeren.

Het gedifferentieerde inschrijftarief is de kern van de bekostiging van segment 1. Ongeveer 77% van de inkomsten van een huisartsenpraktijk wordt bepaald door segment 1. De huidige manier van differentiëren is ingevoerd in 1996 op basis van adviezen van

de Commissie Modernisering Curatieve Zorg[3] en is gebaseerd op cijfers uit de in 1988 uitgevoerde Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk[4]. Het is onbekend of de populatiekenmerken uit 1988 nog steeds een goede voorspeller zijn van de zorgvraagzwaarte van patiënten. Daarom is het nodig om na te gaan in hoeverre de huidige set van populatiekenmerken nog voldoet of dat aanpassingen nodig zijn.

In dit onderzoek staan deze twee onderdelen van de afspraken uit het Convenant huisartsenzorg en het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn centraal: (1) een nieuw bekostigingssysteem “op basis van populatie gebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte” en (2) “een toekomstig bekostigingssysteem met zo min mogelijk perverse productie prikkels”.

Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel, dat nu voor u ligt, wordt gekeken naar beschikbare gegevens voor populatie gebonden bekostiging met instandhouding van het consulttarief. Hiermee wordt informatie verschaft om te kunnen beoordelen of herijking van het huidige inschrijftarief wenselijk en haalbaar is op korte termijn (voor 1 januari 2016). In het tweede deel van dit onderzoek zal worden gekeken naar verschillende scenario's van populatiebekostiging in segment 1 waarbij de consultvergoedingen komen te vervallen.

1.1 Vraagstellingen deel 1

Doel van dit onderzoek is te onderzoeken welke factoren voor een mogelijke herijking van het inschrijftarief in aanmerking komen. En waar mogelijk, te komen tot een herijking van de parameters die ten grondslag liggen aan het huidige inschrijftarief en ingevoerd kan worden per 1 januari 2016. In dat kader wordt onderzocht hoe goed de huidige parameters samenhangen met zorgvraagzwaarte, welke parameters aanvullend kunnen worden gebruikt en wat de gewenste en ongewenste effecten zijn van een eventuele aanpassing.

Uitgangspunt is dat de herijking macroneutraal gebeurt bij een gelijkblijvende populatie. Dat betekent dat de macro-inkomsten op basis van inschrijftarieven na de herijking constant blijven.

In dit rapport worden de volgende vraagstellingen beantwoord:

1. Wat is zorgvraagzwaarte en hoe operationaliseren we zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg? (hoofdstuk 2)
2. Hoe goed hangt de huidige gedifferentieerde inschrijvingssystematiek samen met het zorggebruik? (hoofdstuk 3)
3. Welke aanvullende parameters zijn beschikbaar om de huidige systematiek mogelijk te verbeteren? (hoofdstuk 4)
4. Kan de huidige gedifferentieerde inschrijvingssystematiek verder verbeterd worden met aanvullende parameters? (hoofdstuk 4)
5. Wat zijn de effecten van een aangepaste inschrijvingssystematiek op praktijkniveau? (hoofdstuk 5)

2 Zorgvraagzwaarte

2.1 Inleiding

Voor dit onderzoek is het van belang dat het begrip zorgvraagzwaarte op een adequate en breed gedragen manier meetbaar wordt gemaakt. In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 1 beantwoord:

Wat is zorgvraagzwaarte en hoe operationaliseren we zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg?

In dit hoofdstuk wordt daarom onderzocht hoe de definitie zorgvraagzwaarte geoperationaliseerd kan worden in de huisartsenzorg.

2.2 Zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg

Zorgvraagzwaarte is een relatief nieuw begrip in de huidige gezondheidszorg. De huidige definitie van het begrip zorgvraagzwaarte is gedefinieerd door de NZa op basis van onderzoek naar zorgvraagzwaarte binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en luidt als volgt: “Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling”. Het is dus een complex begrip, dat verschillende elementen bevat.

- Zorgbehoefte: dat wat de patiënt nodig heeft, gegeven zijn omstandigheden.
- Zorgvraag: zorg waar de patiënt om vraagt.
- Zorgzwaarte: omvang en aard van de geleverde zorg.

In dit onderzoek zijn we op zoek naar factoren die van invloed zijn op de begrippen zorgbehoefte, zorgvraag en zorgzwaarte. Het model van Andersen en Newman[5] kan daarbij behulpzaam zijn. In termen van het model van Andersen en Newman worden alle drie de begrippen beïnvloed door zogenaamde ‘predisposing’ en ‘enabling’ factoren, waarbij bovendien geldt dat zorgbehoefte zorgvraag bepaalt en de zorgvraag de zorgzwaarte. Bij ‘enabling’ factoren gaat het om zaken als financiële middelen en sociaal kapitaal dat mensen ter beschikking staat, of de mate van ‘health literacy’. In tegenstelling tot ‘enabling’ factoren zijn ‘predisposing’ factoren als zodanig niet of nauwelijks beïnvloedbaar. Leeftijd en geslacht zijn hiervan de meest duidelijke voorbeelden. Dit betekent niet dat het effect van deze factoren niet te beïnvloeden is. Het samenspel van al deze factoren bepaalt dus de uiteindelijke zorgvraagzwaarte.

Op verschillende terreinen van de zorg wordt momenteel in Nederland de zorgvraagzwaarte van patiënten geoperationaliseerd en in kaart gebracht. Met als doel om aan de hand van patiëntkenmerken de zorgvraagzwaarte te kunnen voorspellen. De operationalisatie van de zorgvraagzwaarte verschilt daarbij in Nederland tussen verschillende disciplines en wordt afgestemd op de soort zorg die geleverd wordt. In de

GGZ is de zorgvraagzwaarte geoperationaliseerd als een combinatie van onder andere de behandelminuten en het aantal ligdagen[6]. In de geriatrische revalidatiezorg wordt gebruik gemaakt van een combinatie van de complexiteit van de behandeling, de intensiteit van de behandeling en de duur van de behandeling[7]. Beide definities zijn aangepast naar de vorm van zorg die de patiënt krijgt en de duur van de behandeling. In de internationale literatuur is er weinig onderzoek gedaan naar het begrip zorgvraagzwaarte. In een Schotse studie waarin gekeken werd naar de zorgvraagzwaarte van patiënten met hart- en vaatziekten wordt de zorgvraagzwaarte van de huisarts geoperationaliseerd door middel van het aantal consulten voor hart en vaatziekten[8].

Alle genoemde operationalisaties van zorgvraagzwaarte beperken zich tot zorgzwaarte. Bovendien beperken ze zich veelal tot indicatoren voor de omvang (lees: contacten of minuten) van de zorg en niet voor de aard (lees: zwaarte) van de binnen een consult of minuut geleverde zorg. In geen van de operationalisaties wordt rekening gehouden met de zorgvraag en/of de zorgbehoefte.

2.3 Klankbordgroep

Voor dit onderzoek is een klankbordgroep samengesteld, waarbinnen discussie is gevoerd over de te gebruiken operationalisatie van zorgvraagzwaarte. Om de zorgvraagzwaarte op een juiste manier te kunnen operationaliseren voor de huisartsenzorg zouden er gegevens beschikbaar moeten zijn van: de directe tijd die de huisarts besteedt per patiënt, de indirecte tijd besteed per patiënt, de behoefte van de patiënt aan zorg en de daadwerkelijke vraag naar zorg van de patiënt.

2.4 Definitie zorggebruik

Naar aanleiding van de literatuur en de discussie met de klankbordgroep is er gekozen voor een operationalisatie van het zorggebruik, in plaats van zorgvraagzwaarte. Er werd gekozen voor een definitie van zorggebruik omdat de indirecte tijd en de behoefte van de patiënt niet meetbaar waren in de gegevens die beschikbaar waren voor dit onderzoek. Daarnaast werd het zorggebruik bekeken in zowel segment 1 als segment 2. Segment 2 werd ook meegenomen om al een beeld te krijgen van de verschillen tussen de twee segmenten voor het tweede deel van dit onderzoek waarin geëxperimenteerd zal worden met verschillende scenario's waarbij het ook van belang is om het mogelijke effect in segment 2 mee te nemen. Segment 1 en 2 hangen immers met elkaar samen. De mate waarin huisartsenpraktijken contracten hebben in segment 2 is van invloed op het zorggebruik in segment 1 en daarmee ook op de differentiatie van het zorggebruik. Daarvoor is het van belang om te weten wat het zorggebruik in segment 2 is en hoe dit samenhangt met verschillende populatiekenmerken.

Het zorggebruik in segment 1 wordt gedefinieerd als de gedeclareerde consulten in segment 1 gewogen naar de beloningssystematiek van de NZa[9, 10]. Voor de M&I verrichtingen is uitgegaan van de M&I verrichtingen die in 2015 vergoed worden in

segment 1 om de huidige situatie zo goed mogelijk te verbeelden in de data van 2013 die voor dit onderzoek werden gebruikt. De operationalisatie van de zorgvraagzwaarte per patiënt in segment 1 krijgt daarmee de volgende vorm:

*Zorggebruik S1= 1*aantal korte consulten + 2*aantal lange consulten + 1.5 * aantal korte visites + 2.5* aantal lange visites + 0.5* aantal telefonische consulten +1*chirurgie +1*chirurgie categorie A + 2*chirurgie categorie B + 1.5*intensieve zorg, visite, dag + 2.5* intensieve zorg lange visite dag + 1.5*intensieve zorg, ANW visite + 2.5*intensieve zorg ANW lange visite + 1*ambulante compressietherapie bij ulcus cruris + 1*oogboring+2*postoperatief consult+2*Verrichting ter vervanging van specialist bezoek+2*trombosebeen+2*Varices sclerosering+2*therapeutische injectie+2*aanmeten en plaatsen pessarium+2*IUD/implanonstaafje plaatsen+2,5*postoperatief consult thuis+2.5*visite bij kortdurend opgenomen patiënt*

Naast het zorggebruik in segment 1 is er gekeken naar het zorggebruik in segment 2 en de combinatie van deze twee segmenten. Voor de zorg in segment 2 (ketenzorg) zijn er geen consultdeclaraties beschikbaar, omdat de huisarts hier geen vergoeding per consult krijgt. Het is dus niet mogelijk om op basis van declaraties iets te zeggen over aantallen consulten in segment 2. Contacten in segment 2 worden echter wel in het huisartsinformatiesysteem vastgelegd. Door deze contacten te tellen kon het zorggebruik in segment 2 in kaart gebracht worden. Daarbij ging het om contacten van patiënten met diabetes, COPD en cardiovasculair risicomangement. Deze werden meegenomen als consulten in segment 2. Voor de consulten in segment 2 werden geen aparte weegfactoren meegenomen omdat uit de data niet kon worden afgeleid hoelang een consult duurde, zoals wel bij segment 1 het geval was. Het zorggebruik in segment 2 werd daardoor als volgt berekend:

Zorggebruik S2=aantal consulten S2 (ketenzorg)

Voor het zorggebruik in segment 1 en segment 2 samen werden de uitkomsten van de beide formules bij elkaar opgeteld. De gebruikte declaratiecodes voor het berekenen van het zorggebruik in segment 1 staan in bijlage1.

3 Samenhang huidige systematiek met zorggebruik

3.1 Inleiding

Nu er een operationalisatie van het zorggebruik is, is de vraag hoe goed het zorggebruik samenhangt met de huidige systematiek van het inschrijftarief. Momenteel wordt het inschrijftarief bepaald aan de hand van de leeftijd en of de patiënt in een achterstandsgebied woont (bepaald op basis van de cijfers en de eerste letter van de postcode). Deze systematiek stamt nog uit de jaren 90 van de vorige eeuw en is meegenomen van het oude zorgstelsel van ziekenfonds en particulier verzekerden naar het huidige zorgstelsel dat in 2006 werd ingevoerd. Van deze systematiek is in het verleden het onderdeel leeftijd gebaseerd op het zorggebruik dat toenam met de leeftijd. Voor de differentiatie op achterstandsgebied is in de jaren 90 extra geld beschikbaar gekomen toen er een tekort was aan huisartsen in stedelijke achterstandsgebieden door een hogere werkdruk in combinatie met minder inkomsten. Er is toen bepaald dat het extra geld verdeeld moest worden over 5% van de bevolking die in de meest achtergestelde gebieden woonden[11]. Deze gebieden werden toen bepaald aan de hand van postcodes. De systematiek is in de loop van de tijd nauwelijks gewijzigd. Alleen de postcodes voor de identificatie van achterstandswijken zijn eens in de 5 jaar geactualiseerd. In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord:

Hoe goed hangt de huidige gedifferentieerde inschrijvingsystematiek samen met het zorggebruik?

In dit hoofdstuk is bekeken hoe goed de huidige systematiek samenhangt met het zorggebruik in segment 1 en 2 en hoe de onderdelen van de huidige systematiek samenhangen met het zorggebruik.

Kader 3.1: Onderzoekspopulatie

Voor de berekening van het zorggebruik per patiënt zijn alle patiënten van deelnemende huisartspraktijken van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn in 2013 geselecteerd die declaratiegegevens en gegevens over ICPC codes leverden per patiënt.

In 2013 voldeden 257 praktijken, met in totaal 1 040 111 patiënten, aan deze inclusie criteria. Gemiddeld waren er 4047 patiënten per praktijk met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. Per normpraktijk van 2168 patiënten per huisarts FTE waren er gemiddeld 8290 contactmomenten (consulten, visites) variërend van 4795 tot 13351 contactmomenten. Dit kwam overeen met het aantal contacten in een normpraktijk volgens de NZa.

Van de patiënten was 5.4% woonachtig in een achterstandswijk. Van de ingeschreven patiënten bij de huisarts gebruikte 76% zorg in segment 1 en 11% gebruikte zorg in segment 2. Voor meer informatie over de geselecteerde data zie bijlage 1.

3.2 Samenhang systematiek met zorggebruik

Tabel 3.1 laat de samenhang van de huidige inschrijvingssystematiek zien met het zorggebruik zoals bepaald in het vorige hoofdstuk in de verschillende segmenten. Het zorggebruik is de gemiddelde hoeveelheid zorg die een patiënt in de genoemde categorie gebruikt. Hierbij is gekeken naar de zes categorieën van de huidige systematiek en naar de losse onderdelen van de huidige systematiek apart, dus naar het effect van leeftijd op zorggebruik en los daarvan het effect van achterstand op zorggebruik. In de tabel is te zien dat in segment 1 het zorggebruik voornamelijk samenhangt met leeftijd. Oudere patiënten gebruiken driemaal meer zorg dan jongere patiënten (10.2 vs. 3.2). Patiënten tot 75 jaar die woonachtig zijn in een achterstandswijk gebruiken gemiddeld iets meer zorg in segment 1 dan patiënten die niet woonachtig zijn in een achterstandswijk. Bij patiënten van 75 jaar en ouder is het zorggebruik in een achterstandswijk juist lager. Hierdoor is er wanneer er naar de hele groep wordt gekeken geen verschil in zorggebruik tussen patiënten die wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk.

Tabel 3.1: Gemiddeld zorggebruik in S1 en S2 volgens de definitie uit hoofdstuk 2 van een patiënt voor de combinatie van leeftijd en achterstand zoals gebruikt wordt in de huidige differentiatie en voor leeftijd en achterstand apart voor segment 1 en 2

Segment	Categorie	Zorggebruik	Categorie	Zorggebruik
Segment 1	0-64 niet achterstand	3.2	0-64 jaar	3.2
	65-74 niet achterstand	5.8	65-74 jaar	5.8
	75 en ouder niet achterstand	10.2	75 en ouder	10.2
	0-64 achterstand	3.4		
	65-74 achterstand	6.0	Niet achterstand	4.0
	75 en ouder achterstand	9.4	Achterstand	4.0
Segment 2	0-64 niet achterstand	5.9	0-64 jaar	5.9
	65-74 niet achterstand	7.6	65-74 jaar	7.6
	75 en ouder niet achterstand	9.2	75 en ouder	9.2
	0-64 achterstand	6.1		
	65-74 achterstand	7.4	Niet achterstand	7.2
	75 en ouder achterstand	8.4	Achterstand	7.0
Segment 1 en 2	0-64 niet achterstand	4.1	0-64 jaar	4.1
	65-74 niet achterstand	10.7	65-74 jaar	10.7
	75 en ouder niet achterstand	17.5	75 en ouder	17.5
	0-64 achterstand	4.3		
	65-74 achterstand	11.3	Niet achterstand	5.8
	75 en ouder achterstand	16.2	Achterstand	5.7

In segment 2 neemt het zorggebruik minder toe met de leeftijd. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat in segment 2 voornamelijk geprotocolleerde zorg wordt gegeven aan patiënten voor specifieke aandoeningen (diabetes, COPD, VRM). De zorg die voor deze specifieke aandoeningen wordt gegeven verschilt niet of nauwelijks tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Wel zien we bij patiënten die woonachtig zijn in een achterstandswijk minder zorggebruik in segment 2 dan voor patiënten die niet woonachtig zijn in een achterstandswijk.

Door de twee segmenten samen te bekijken zien we globaal een zelfde beeld als in segment 1. Alleen gebruiken patiënten uit achterstandswijken, wanneer geen rekening gehouden wordt met leeftijd, iets minder zorg dan patiënten uit niet achterstandswijken.

De verklaarde variantie (R^2) van de huidige systematiek met het zorggebruik in segment 1 en segment 2 staat weergegeven in tabel 3.2. De verklaarde variantie geeft aan welk deel van de verschillen in zorggebruik tussen patiënten verklaard wordt. In deze tabel is te zien dat ruim 10% van de variatie het zorggebruik tussen patiënten in segment 1 verklaard wordt door de huidige systematiek (R^2). In segment 2 wordt een kleiner deel van de variantie verklaard: 4,6%.

Tabel 3.2: Samenhang huidige systematiek met zorggebruik in de verschillende segmenten

Segment	R^2 leeftijd + achterstand	R^2 leeftijd	R^2 achterstand
Segment 1	11.6%	11.6%	0.0%
Segment 2	4.6%	4.6%	0.0%
Segment 1+2	20.3%	20.3%	0.0%

Wanneer het zorggebruik uit de twee segmenten samen genomen wordt is de systematiek een stuk beter voorspellend voor het zorggebruik. Dit komt waarschijnlijk doordat oudere patiënten die geen of weinig zorg in segment 1 gebruiken wel meer zorg in segment 2 gebruiken, waardoor de som van deze twee segmenten samen beter voorspelt. Daarnaast is de huidige systematiek ook ooit gebaseerd op het zorggebruik dat nu verdeeld is over segment 1 en 2. Wanneer ook hier weer gekeken wordt naar de losse onderdelen van de huidige systematiek is te zien dat de verklaarde variantie bijna geheel is toe te schrijven aan de samenhang met leeftijd.

4 Mogelijke parameters ter verbetering van de differentiatie van het inschrijftarief

4.1 Inleiding

In de huidige systematiek wordt gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt en het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk. Hierbij wordt leeftijd ingedeeld in drie categorieën, 0-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Achterstandswijken worden gedefinieerd aan de hand van de volgende factoren: percentage niet westerse allochtonen, percentage inwoners met een laag inkomen, percentage niet actieven en adressendichtheid[12]. In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

Welke aanvullende parameters zijn beschikbaar om de huidige systematiek mogelijk te verbeteren?

Kan de huidige gedifferentieerde inschrijvingssystematiek verder verbeterd worden met aanvullende parameters?

Bekeken werd welke andere parameters er beschikbaar zijn voor een differentiatie van het inschrijftarief en hoe deze samenhangen met het zorggebruik in segment 1 en segment 2. Daarnaast werd van iedere parameter bekeken of ze voldoen aan de ‘SMART’-criteria oftewel of de parameters Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden zijn.

4.2 Beschikbare parameters

Voor het vinden van beschikbare parameters voor de herijking van het inschrijftarief is uitgegaan van het rapport “Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek” van de Maastricht University[13]. In dit rapport werd onderscheid gemaakt in drie categorieën van kenmerken: persoon gerelateerde populatiekenmerken, omgeving gerelateerde populatiekenmerken en gezondheid gerelateerde populatiekenmerken. In totaal kwamen er acht kenmerken uit dit rapport die, volgens een groep van experts, het beste samenhangen met zorgvraagzwaarte in de huisartsenpraktijk namelijk: leeftijd, herkomst/ethniciteit, inkomen, regio, sociaal economische status, diagnose/risico/klinische status, functionele status en complicaties chronische ziekten. Voor deze factoren is bekeken of zij in aanmerking komen als kenmerk voor de toekomstige differentiatie van het inschrijftarief en of ze SMART zijn (bijlage 4).

4.3 Haalbaarheid van de parameters volgens het SMART principe

De huidige parameters leeftijd en wonen in een achterstandswijk zijn beschikbaar in de

standaardadministratie van de huisarts of kunnen daaruit worden afgeleid. Geboortjaar wordt standaard geregistreerd door de huisarts en de postcode van de patiënt geeft aan of de patiënt in een achterstandswijk woont. Idealiter zijn eventuele nieuwe parameters min of meer objectieve gegevens van de patiënt. Daarnaast moeten de parameters geen extra administratieve last voor de huisarts worden en dus al geregistreerd worden door de huisarts of bij een andere instantie, of moeten makkelijk toe te voegen zijn aan de huidige registratie. Dit registreren kan direct zijn, zoals nu het geval is bij leeftijd of indirect, zoals nu het geval is voor achterstandswijk op basis van postcodegebied. Daarnaast moeten het factoren zijn die geen aanleiding geven om meer of minder zorg te gaan verlenen aan een patiënt dan nodig. Hieronder wordt per parameter beschreven wat de voor en nadelen zijn van het gebruik van deze factoren voor de differentiatie van het inschrijftarief. In tabel 4.1 wordt per parameter aangegeven hoe ze voldoen aan de SMART criteria.

4.3.1 *Leeftijd*

Leeftijd wordt momenteel al gebruikt als parameter en is dus ook beschikbaar en meetbaar. In de huidige systematiek wordt leeftijd ingedeeld in drie categorieën. De huidige leeftijdsverdeling stamt uit 1996 en is daarmee 20 jaar oud[3]. De gemiddelde leeftijd is in de afgelopen 20 jaar gestegen, waardoor een leeftijdsverdeling waarin ook categorieën boven de 75 jaar worden meegenomen mogelijk beter is. Een herijking van de leeftijd lijkt ook acceptabel deels omdat het al gebeurt en ook omdat door een eventuele herindeling van de leeftijdscategorieën er waarschijnlijk een eerlijkere verdeling ontstaat. Tenslotte is het ook realistisch en haalbaar (tijdgebonden) dat leeftijd wordt meegenomen in de systematiek aangezien dit nu al het geval is. Daarnaast zouden eventuele aanpassingen in de categorieën makkelijk door te voeren zijn.

4.3.2 *Herkomst/ethniciteit*

Land van herkomst of ethniciteit worden niet door huisartsen geregistreerd. In de gemeentelijke basisadministratie (GBA) wordt echter wel het geboorteland en geboorteland van ouders geregistreerd. Op basis hiervan rapporteert het CBS over westerse en niet-westerse allochtonen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat herkomst of ethniciteit samenhangt met de zorgbehoefte van een patiënt [13-15]. Deze samenhang is in eerder onderzoek alleen niet gevonden voor het zorggebruik [15, 16].

Herkomst/ethniciteit kan op twee manieren worden geoperationaliseerd. Ten eerste als het percentage niet-westerse allochtonen in een bepaald (postcode-) gebied waar een individu woont. Het postcodegebied geldt dat als proxy voor herkomst/ethniciteit. Ten tweede kan de feitelijke herkomst/ethniciteit van de individuele patiënt worden gebruikt. Op individueel niveau wordt dit echter niet bij de huisarts geregistreerd en het is de vraag of dat in juridisch en ethisch opzicht wenselijk is. Ook de juistheid en volledigheid van de registratie door de huisarts zal een punt van aandacht zijn. Theoretisch zou het echter mogelijk zijn om de gegevens van het Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) er voor

te gebruiken, via een koppeling van gegevens bij het CBS. Dit scenario zou dan verder moeten worden uitgewerkt en getoetst op praktische haalbaarheid. Herkomst wordt nu al meegenomen op postcodeniveau in de definitie van achterstand en is op die manier acceptabel en haalbaar.

4.3.3 Geslacht

Geslacht is een van de patiëntkenmerken die al standaard door de huisarts worden geregistreerd maar momenteel nog niet gebruikt wordt voor de differentiatie van het inschrijftarief. Geslacht verklaart 2% van de variatie in zorggebruik in segment 1. Daarmee hangt het niet zo sterk samen met het zorggebruik als leeftijd maar is het wel een kenmerk dat de huidige systematiek zou kunnen verbeteren. Voordeel van het gebruik van geslacht voor een mogelijke verbetering van de systematiek is dat het een acceptabel kenmerk is dat goed meetbaar is en al standaard geregistreerd wordt door de huisarts en daarmee dus ook een haalbare parameter is.

4.3.4 Inkomen

Het percentage lage inkomens per postcodegebied is momenteel onderdeel van de definitie achterstand. Het inkomen van de patiënt is meetbaar op twee niveaus persoons- en huishoudniveau en kan dus ook zoals nu op postcodeniveau gemeten worden. Ook hier geldt dat het op persoons- of huishoudniveau waarschijnlijk sterker samenhangt met zorggebruik dan op postcodeniveau. Inkomen kan op persoonsniveau gemeten worden net als herkomst met gegevens van het CBS en kan op die manier gebruikt worden voor de systematiek en is op die manier ook geen extra belasting voor de huisarts. Registratie op persoonsniveau bij de huisarts zelf zal op dezelfde bezwaren stuiten als reeds eerder gemeld bij etniciteit: kwaliteit van de gegevens, juridische en ethische bezwaren en extra registratielast bij de huisarts.

4.3.5 Regio

Relevant geachte geografische verschillen kunnen meegenomen worden in de systematiek via de postcodes van patiënten zoals nu ook al het geval is voor achterstandsgebieden. De definitie van achterstandsgebieden is gebaseerd op een combinatie van de omgevingsadressendichtheid, het percentage lage inkomens, het percentage allochtonen en het percentage werkende mensen per postcodegebied. Deze factoren zijn niet zo specifiek als wanneer ze worden gemeten op persoonsniveau, ze zijn echter wel makkelijk meetbaar doordat gegevens over krimpgebieden en stedelijkheid op postcodeniveau al beschikbaar zijn. Daarnaast is het net als de huidige differentiatie op achterstandswijk acceptabel om te gebruiken voor differentiatie. Regio is daarmee ook een realistisch en haalbaar kenmerk.

Tabel 4.1: Hoe SMART zijn de verschillende onderzochte factoren

	S*	M	A	R	T
Leeftijd	+	+	+	+	+
Herkomst/ethniciteit	? [#]	+	+/-	+	+/-
Geslacht	+	+	+	+	+
Inkomen	? [#]	+	+	+	+/-
Regio	-	+	+	+	+
SES	-/? [#]	+	+	+	+/-
Diagnose	+	+/-	+	+	+/-
Functionele status	? [#]	+	+	+	+/-
Complicaties	? [#]	?	?	?	?

*SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden (bijlage 4)

In welke mate deze factoren specifiek waren, en dus samenhangen met zorggebruik, konden in dit onderzoek niet worden gemeten, voor SES is het wel gemeten op regioniveau maar niet op persoonsniveau.

4.3.6 SES

Sociaal economische status kan op verschillende niveaus worden gemeten. Bijvoorbeeld op regio niveau met behulp van postcode volgens de indeling van het Sociaal en Cultureel Planbureau[17] of op persoonsniveau met behulp van inkomen of voornaamste inkomensbron zoals gebruikelijk bij het CBS[16]. Van de eerste methode is het voordeel wederom dat de postcode al geregistreerd wordt door de huisarts. Echter geldt ook hier dat het de samenhang met zorggebruik op postcodeniveau minder is. Op persoonsniveau is SES wederom beschikbaar bij het CBS. Registratie bij de huisarts zal op de eerder genoemde bezwaren stuiten. Gebruik maken van gegevens die op individueel niveau bij het CBS beschikbaar zijn, is voor de lange termijn wellicht een mogelijkheid.

4.3.7 Diagnose

Diagnoses worden standaard geregistreerd door de huisarts met behulp van een International Classification of Primary Care (ICPC) code. Er zijn ongeveer 700 diagnose- en symptoomcodes, die zijn ondergebracht in 15 'hoofdstukken', die gerelateerd zijn aan het deel ('systeem') van het lichaam waar de diagnose op betrekking heeft, bijvoorbeeld het spijsverteringssysteem of 'psyche'. In tabel 4.2 is er gekeken naar de samenhang met zorggebruik van een aantal ziekten (diabetes en COPD), verzamelingen van aandoeningen (verslaving, CVRM en psychische aandoeningen) en is er gekeken naar het aantal chronische aandoeningen (multimorbiditeit) waarmee een patiënt bekend was in 2013 volgens de lijst chronische aandoeningen van het Nationaal Kompas Volksgezondheid[18]. Deze lijst bestaat uit 28 chronische ziekten die zowel lichamelijk als psychisch kunnen zijn en zijn gelinkt aan de door de huisarts geregistreerde ICPC-codes. Voordeel van de diagnoses is dat ze op persoonsniveau beschikbaar zijn en al geregistreerd worden door de huisarts. Diagnose wordt al gebruikt voor de bekostiging van segment 2 en is daarmee hoogst waarschijnlijk ook acceptabel als optie voor de

bekostiging in segment 1. Nadeel is dat er een risico bestaat voor ‘upcoding’ wanneer de bekostiging gebaseerd wordt op diagnose. Dit kwam onlangs in het nieuws met betrekking tot de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg[19].

4.3.8 Functionele status

Functionele status werd in het rapport van Maastricht University genoemd als een mogelijke voorspeller van zorggebruik. Functionele status wordt niet standaard geregistreerd in de huisartsenpraktijk en wanneer dit gebeurt, kan dit op verschillende manieren gebeuren. Daarnaast is het geen standaard onderdeel van het huisarts informatie systeem (HIS) waardoor de data die genoteerd wordt niet beschikbaar is voor onderzoek. Daarom is functionele status in dit onderzoek niet meegenomen als mogelijk kenmerk dat samenhangt met zorggebruik. Voor de toekomst is het de vraag of het onderdeel kan worden van de systematiek. Een manier om de functionele status van een patiënt te registreren is via het zorgzwaartepakket van de patiënt. Dit wordt momenteel al geregistreerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het zorgzwaartepakket geeft een breder beeld van de zorgzwaarte en mogelijk de zorgbehoefte van een patiënt. Hiermee is het zorgzwaartepakket een mogelijke indicator van de zwaarte van de zorg voor een patiënt.

4.3.9 Complicaties chronische ziekten

Chronische ziekten worden standaard geregistreerd door de huisartsen in het HIS met behulp van een ICPC-code. De complicaties van deze ziekten worden ofwel onder dezelfde code als de ziekte geregistreerd of anders op een niet herleidbare manier naar de chronische ziekte waar het een complicatie van is. Het is daarom logischer om in plaats van complicaties diagnoses te meten bij patiënten zoals beschreven in 4.3.7.

4.4 Samenhang parameters met zorggebruik

In tabel 4.2 staat de samenhang van de verschillende kenmerken met het zorggebruik in segment 1 en segment 2 beschreven. Ook hier staat de verklaarde variantie voor het percentage van de variatie van het zorggebruik tussen patiënten die verklaard wordt door het kenmerk.

Leeftijd en diagnose hangen het beste samen met het zorggebruik. Van de overige factoren is de samenhang met zorggebruik beduidend lager en verklaart alleen geslacht meer dan 1% van het verschil in zorggebruik. De losse onderdelen van achterstandswijk, etniciteit, inkomen en het wel of niet actief zijn, konden voor dit onderzoek niet gemeten worden op persoonsniveau maar alleen op wijkniveau.

Tabel 4.2: Mogelijke kenmerken voor herijking inschrijftarief en hun samenhang met het zorggebruik in segment 1 en 2 (verklaarde variantie R²)

Categorie	Kenmerk	Meetniveau	R ² S1	R ² S2
Persoonskenmerken	Leeftijd	0-64, 65-74, >=75	11.6%	4.6%
		Per 5 jaar	14.7%	5.5%
		Per 10 jaar	14.4%	5.3%
		0-4, 5-19, 20-49, 50-59, 60-74, 75-84, >=85	14.1%	5.0%
	Geslacht	Man versus vrouw	1.9%	0.4%
Omgevingskenmerken	Regio	Achterstandswijk (huidige definitie)	0.0%	0.0%
		Krimp/anticiperregio (postcode 4 niveau)	0.0%	0.1%
		Omgevingsadressendichtheid (postcode 4 niveau)	0.1%	0.7%
	SES	5 categorieën op postcode 4 niveau	0.2%	0.5%
Gezondheidskenmerken	Diagnose*	Aantal chronische aandoeningen	20.6%	16.3%
		Diabetes	4.1%	6.6%
		COPD	3.2%	1.1%
		CVRM	5.3%	4.7%
		Psychisch	7.2%	5.0%
		Verslaafd	1.1%	0.5%

*Diagnoses gedefinieerd aan de hand van ICPC codes.

5 Herijking met beschikbare parameters

5.1 Inleiding

Nu er in de vorige hoofdstukken een definitie van zorggebruik gedefinieerd is en parameters voor het voorspellen van dit zorggebruik gevonden zijn is het nu de vraag hoe en of met deze factoren de huidige systematiek gewijzigd kan worden.

In dit hoofdstuk wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Wat zijn de effecten van een aangepaste inschrijvingssystematiek op praktijkniveau?

Met de meest SMARTe parameters uit hoofdstuk 4 voor segment 1, leeftijd in 5-jaarscategorieën, het aantal chronische aandoeningen en geslacht, is bekeken of er een betere systematiek voor het inschrijftarief gegenereerd kan worden waarmee huisartsen eerlijker beloond worden voor de verschillen in zorggebruik van de ingeschreven populatie. Hierbij is voor het SMART bevinden van de factoren het meeste gewicht gelegd bij de samenhang met het zorggebruik. In dit hoofdstuk worden drie verschillende scenario's voor herijking beschreven. Voor deze scenario's worden de gewichten voor de verdelingssystematiek berekend en wordt bekeken hoe de inkomsten voor verschillende praktijken zouden verschuiven, uitgaande van een zelfde macrobudget.

5.2 Mogelijke scenario's

Uit hoofdstuk 4 bleek dat een andere indeling van leeftijd, geslacht en het aantal chronische aandoeningen dat een patiënt heeft de meest SMARTe kenmerken voor het voorspellen van zorggebruik waren. Met deze kenmerken zijn drie verschillende scenario's gemaakt waarin steeds een van deze factoren wordt toegevoegd aan de huidige systematiek (tabel 5.1). Daarnaast worden alle kenmerken samen bekeken in 1 model.

Tabel 5.1 laat de verklaarde variantie zien van verschillende scenario's voor mogelijke herijking van het inschrijftarief ten opzichte van de huidige systematiek. In de tabel worden drie verschillende scenario's bekeken. In scenario 0 wordt de huidige systematiek herijkt naar het zorggebruik. In het eerste scenario worden de leeftijdscategorieën van de huidige systematiek aangepast. In scenario twee wordt geslacht toegevoegd aan de systematiek en in scenario 3 wordt het aantal chronische aandoeningen waarmee de patiënt bekend is toegevoegd. Het aantal chronische ziekten werd in categorieën van 0 t/m 5 en meer dan 5 chronische aandoeningen ingedeeld.

In tabel 5.1 is te zien dat het toevoegen van de kenmerken uit hoofdstuk 5 aan de huidige systematiek een betere voorspelling van het zorggebruik genereert dan nu het geval is. Het beste resultaat wordt behaald wanneer alle drie de kenmerken worden toegevoegd aan de systematiek. Hiermee kan de verklaarde variantie ten opzichte van de huidige systematiek verdubbeld worden. Met het toevoegen van meer kenmerken neemt ook het

aantal verschillende categorieën van patiënten toe van de huidige zes naar 588 categorieën wanneer alle factoren worden meegenomen.

Tabel 5.1: Mogelijke scenario's voor herijking

Scenario	Model	R ²	Aantal categorieën
Scenario 0	Huidige systematiek (leeftijd (0-64/65-74/75 ⁺) + achterstand)	11.6%	6
Scenario 1a	Leeftijd in 5-jaars categorieën	14.7%	21
	Leeftijd in 5-jaars categorieën + achterstand	14.7%	42
Scenario 2a	Huidige systematiek + geslacht	11.9%	12
	Leeftijd per 5 jaar + achterstand + geslacht	14.5%	84
Scenario 3a	Huidige systematiek + aantal aandoeningen	21.5%	42
	Huidige systematiek+ aantal aandoeningen + geslacht	22.7%	84
	Leeftijd per 5 jaar + achterstand + aantal aandoeningen + geslacht	23.7%	588

5.3 Herijken opslagfactoren voor de verschillende scenario's

De NZa bepaalt jaarlijks de hoogte van het basis-inschrijftarief per patiënt aan de hand van de inkomsten, uitgaven en het aantal patiënten van een normpraktijk[20]. Dit basis-inschrijftarief wordt gedifferentieerd naar leeftijdscategorie en het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk. Hiervoor wordt het basis inschrijftarief per patiënt vermenigvuldigd met de opslagfactor voor de categorie waarin de patiënt valt. Het resultaat hiervan is het inschrijftarief per patiënt, dat gedifferentieerd is naar leeftijd en achterstand. De huidige opslagfactoren staan in tabel 5.2. De huidige opslagfactoren nemen toe met de leeftijd en zijn hoger voor patiënten woonachtig in achterstandswijken.

Tabel 5.2: Huidige opslagfactoren voor het inschrijftarief in de huisartsenpraktijk

Leeftijd	Niet achterstandswijk	Achterstandswijk
0-64 jaar	1.179	1.310
65-74 jaar	1.715	1.856
75 jaar en ouder	2.061	2.193

Om het inschrijftarief macroneutraal te kunnen herijken met behulp van de in tabel 5.1 genoemde scenario's zijn de regressie coëfficiënten voor de mogelijke groepen per scenario omgerekend naar nieuwe opslagfactoren voor het inschrijftarief in de onderzoekspopulatie uit NIVEL Zorgregistraties van 257 huisartspraktijken. De methode voor het omrekenen en de berekende opslagfactoren voor de verschillende groepen staan beschreven in bijlage 2 en 3.

Bij de herijking van de verschillende scenario's bleek dat scenario 2b (leeftijd per 5 jaar, achterstand en geslacht) en scenario 3c (leeftijd per 5 jaar, achterstand, aantal

aandoeningen en geslacht) teveel categorieën bevatten waardoor er te weinig patiënten per categorie over bleven in de gebruikte data van NIVEL Zorgregistraties. Hierdoor was het niet mogelijk om goede opslagfactoren te berekenen voor deze scenario's en was het daarmee ook niet mogelijk om het effect van deze scenario's door te rekenen naar praktijk niveau. Scenario 2b heeft dan wel evenveel categorieën als scenario 3b (leeftijd in 3 categorieën, achterstand, aantal aandoeningen en geslacht) maar de categorieën in 3b zijn beter verdeeld over de populatie waardoor voor scenario 3b wel opslagfactoren berekend konden worden. Scenario 3c (leeftijd per 5 jaar, achterstand, aantal aandoeningen en geslacht) heeft te veel categorieën (588) om te kunnen testen in dit onderzoek.

De berekende opslagfactoren voor scenario 0, 1a, 1b, 2a, 3a en 3b staan in bijlage 3. De opslagen liggen binnen dezelfde range als de huidige opslagfactoren. Wat opvalt, is dat het verschil in opslag tussen patiënten wel en niet woonachtig in een achterstandswijk kleiner is dan in de huidige systematiek. Voor patiënten van 70 jaar en ouder zijn de opslagen voor patiënten uit achterstandswijken lager dan voor patiënten die niet in een achterstandswijk wonen. Dat de opslag voor woonachtig zijn in een achterstandswijk kleiner is dan in de huidige systematiek is het logische gevolg van de analyses uit hoofdstuk 3 en 4, waaruit bleek dat deze factor op wijkniveau niet sterk samenhangt met het zorggebruik.

5.4 Effecten van aanpassing op praktijkniveau

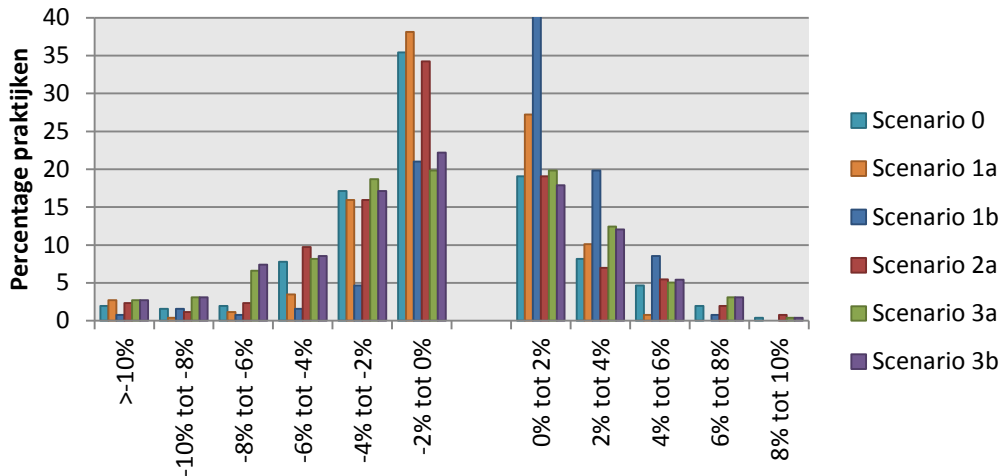
Om de effecten van de doorgekende scenario's te bepalen op praktijkniveau zijn met behulp van de berekende opslagfactoren de inkomsten uit inschrijvingen (figuur 5.2) en uit segment 1 (inschrijvingen + consulten) per praktijk voor de verschillende scenario's opnieuw berekend. De effecten zijn ook berekend voor geheel segment 1 omdat mogelijke veranderingen in inkomsten uit het inschrijftarief mogelijk opgevangen kunnen worden door de inkomsten uit consulten (figuur 5.1). Wanneer voornamelijk praktijken die veel consulten draaien achteruit gaan in inkomsten uit het inschrijftarief, lopen de inkomsten uit segment 1 in verhouding minder terug dan wanneer de inkomsten uit inschrijvingen minder worden voor praktijken die weinig consulten draaien. Hiermee wordt een vollediger beeld van de effecten op de totaalinkomsten per praktijk weergegeven. Deze inkomsten zijn vergeleken met de inkomsten uit de huidige systematiek. Hierbij zijn alleen de inkomsten volgens de herijkte systematiek voor de inschrijftarieven gewijzigd. Het deel aan inkomsten uit segment 1 uit consulten is in alle scenario's gelijk gehouden.

Wanneer scenario 0, waarin de opslagfactoren voor de huidige systematiek zijn herijkt, wordt vergeleken met de huidige systematiek, en dus de huidige opslagfactoren, gaat 66% van de 257 praktijken achteruit in inkomsten en 34% vooruit in inkomsten uit inschrijvingen. De verschillen in inkomsten in vergelijking met de huidige systematiek variëren -18% tot +9% van de totale inkomsten uit segment 1.

Scenario 1a, leeftijd in 5-jaarscategorieën, geeft in vergelijking met de huidige

systematiek 62% van praktijken die vooruit gaan in inkomsten en 38% die achteruitgaan in inkomsten uit segment 1. De verschillen in inkomsten variëren van -17% tot +4% ten opzichte van de huidige systematiek in segment 1.

Figuur 5.1: Inkomsten segment 1 ten opzichte van huidige systematiek voor scenario 0, 1a, 1b, 2a, 3a en 3b



Wanneer scenario 1b (leeftijd in 5-jaarscategorieën en achterstand) wordt vergeleken met de huidige systematiek gaat van de praktijken 30% achteruit in inkomsten en 70% vooruit in inkomsten. Praktijken hebben een verschil in inkomsten uit segment 1 van -14% tot 6% (figuur 5.1).

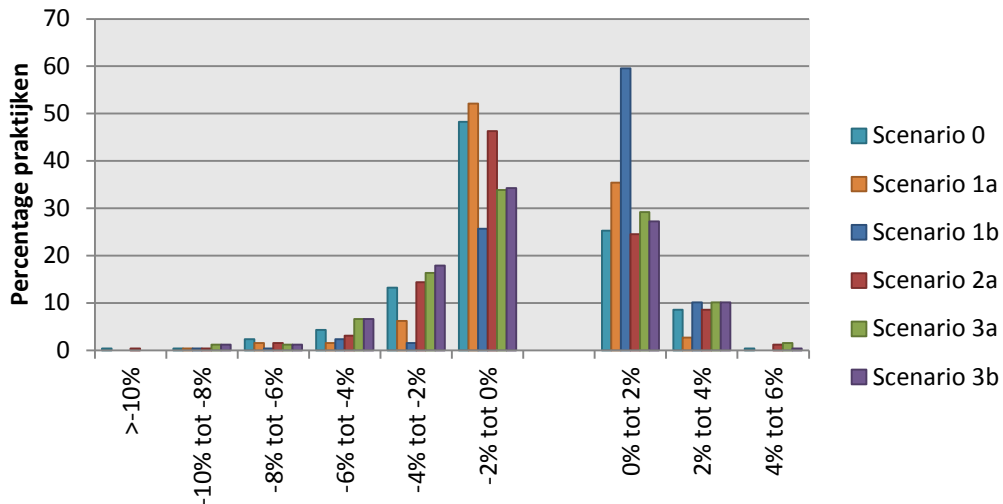
Wanneer we scenario 2a, huidige systematiek plus geslacht, vergelijken met de huidige systematiek zien we meer variatie ontstaan. Bij scenario 2a gaat 34% van de praktijken vooruit in inkomsten en 65% gaat achteruit. Ook is er een grotere variatie in voor en achteruitgang. De praktijken die vooruitgaan in inkomsten gaan 1 tot 10% in inkomsten uit inschrijftarieven vooruit. Van de praktijken die achteruit gaan in inkomsten varieert de achteruitgang van 1% tot 19%.

Bij de vergelijking van scenario 3a, huidige systematiek plus het aantal chronische aandoeningen van de patiënt, met de huidige differentiatie gaat 41% van de praktijken vooruit in inkomsten uit segment 1 en 59% van de praktijken achteruit in inkomsten. Van de praktijken die vooruit gaan in inkomsten varieert de toename in inkomsten van 1% tot 8%. Voor de praktijken die achteruitgaan, varieert de achteruitgang van 1% tot 21%.

Voor scenario 3b, huidige systematiek plus het aantal chronische aandoeningen plus geslacht, gaat 39% van de praktijken vooruit in inkomsten en 61% van de praktijken achteruit. De praktijken die vooruit gaan in inkomsten gaan er 1 tot 8% op vooruit. De praktijken met minder inkomsten uit segment 1 gaan er bij dit scenario 1 tot 21% op achteruit.

Figuur 5.2 laat het verschil in inkomen uit inschrijvingen zien voor de verschillende scenario's. Hierin zijn de inkomsten uit consulten dus niet meegenomen. Wanneer we alleen naar de verschillen in inkomsten uit het inschrijftarief kijken zijn de effecten minder extreem dan wanneer de consulten wel worden meegenomen (figuur 5.1).

Figuur 5.2: Inkomsten uit inschrijvingen ten opzichte van huidige systematiek voor scenario 0, 1a, 1b, 2a, 3a en 3b



5.5 Effect op welke praktijken?

De verschillen in omzet per praktijk, ten opzichte van de huidige situatie, worden voornamelijk veroorzaakt doordat de factor achterstandswijk minder zwaar doorweegt dan in de huidige systematiek. Hoe meer achterstandspatiënten een praktijk in verhouding heeft hoe groter de kans dat de praktijk in inkomsten erop achteruit gaat bij de verschillende scenario's (bijlage 3 en 5). Dit was voor alle scenario's hetzelfde. Praktijken met veel patiënten uit achterstandswijken gaan nog meer achteruit als ook de inkomsten uit consulten worden meegenomen, omdat de praktijken met veel (>25%) patiënten uit achterstandswijken gemiddeld kleiner zijn (3400 versus 4045 patiënten) en daardoor minder ingeschreven patiënten hebben en in verhouding minder contactmomenten hebben (7884 contacten versus 8168 contacten per standaard praktijk van 2168 patiënten). Hierdoor worden de afgenomen inkomsten van het inschrijftarief in verhouding minder gecompenseerd dan voor praktijken met weinig patiënten uit achterstandswijken die meer ingeschreven patiënten hebben en meer consulten draaien. Deze verschillen worden mogelijk verklaard doordat de herijking nu alleen rekening houdt met het de verschillen in zorggebruik door achterstandspatiënten op wijkniveau en niet op persoonsniveau.

6 Discussie

6.1 Samenvatting resultaten

In dit rapport zijn de resultaten van het eerste deel van het onderzoek naar herijking van het inschrijftarief voor de huisarts beschreven. In dit eerste deel werd gekeken naar de mogelijkheden tot herijking met behoud van het consulttarief. In het tweede deel zal gekeken worden naar mogelijkheden voor herijking wanneer de consultvergoeding komt te vervallen. De volgende onderzoeksvragen werden beantwoord:

Wat is zorgvraagzwaarte en hoe operationaliseren we zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg?

Hoe goed hangt de huidige gedifferentieerde inschrijvingssystematiek samen met het zorggebruik?

Welke aanvullende parameters zijn beschikbaar om de huidige systematiek mogelijk te verbeteren?

Kan de huidige gedifferentieerde inschrijvingssystematiek verder verbeterd worden met aanvullende parameters?

Wat zijn de effecten van een aangepaste inschrijvingssystematiek op praktijkniveau?

In dit onderzoek is zorgvraagzwaarte in de huisartsenpraktijk geoperationaliseerd als de het aantal gedeclareerde contacten, waarbij contacten zijn gewogen naar duur van het contact. De duur van het contact is geschat op basis van de verhoudingen tussen verschillende contactsoorten in de beloningssystematiek. Dit werd bepaald voor het zorggebruik in segment 1 en segment 2. Van de onderdelen van de huidige systematiek hing leeftijd goed samen met deze definitie van zorggebruik. Hierbij verbeterde de samenhang van leeftijd met het zorggebruik van 11.6% (R^2) voor de indeling van de huidige systematiek naar 14.7% wanneer de leeftijd werd verdeeld in 5-jaars categorieën. Het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk hing niet samen met het zorggebruik. Dit was zowel het geval voor de zorg in segment 1 als in segment 2. Waarbij in segment 2 leeftijd minder goed samenhang met het zorggebruik dan segment 1 (5.5% versus 14.7%). Met deze definitie van zorggebruik is er gezocht naar kenmerken die dit zorggebruik voorspellen in beide segmenten. Van de geteste kenmerken bleken leeftijd (14.7%), geslacht (1.9%) en het aantal chronische aandoeningen (20.6%) van de patiënt de best voorspellende kenmerken. Hierbij viel op dat het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandswijk niet voorspellend was voor het zorggebruik. Deze variabele wordt wel gebruikt in de huidige systematiek voor het inschrijftarief. Met de gevonden kenmerken in combinatie met de huidige systematiek zijn nieuwe scenario's gemaakt voor de differentiatie van het inschrijftarief in de huisartsenzorg. De maximale verklaarde variantie die bereikt werd met de scenario's was 23.7% voor het scenario met leeftijd in

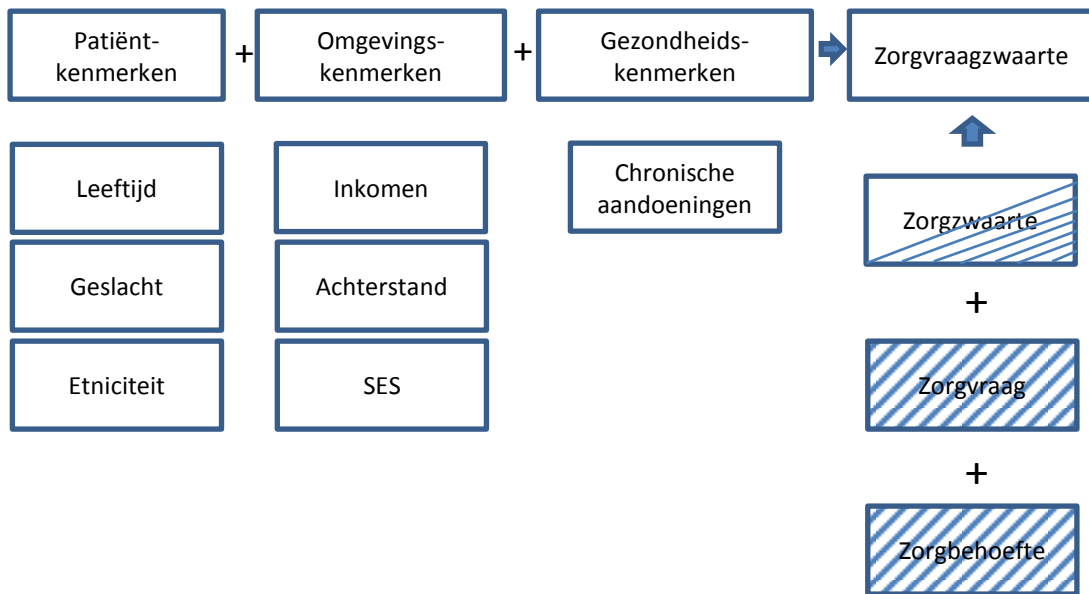
5-jaarscategorieën, het aantal chronische aandoeningen, geslacht en achterstand. Voor deze scenario's is op praktijkniveau bekeken wat de effecten zijn van een eventuele aanpassing van de differentiatie van het inschrijftarief. Hierbij viel voornamelijk op dat er veel verschuiving in omzet van de huisartsenpraktijken ontstond door het aanpassen van de factoren. Praktijken gingen er tussen de 11% op achteruit en 5% op vooruit in inkomsten uit inschrijvingen. Dit effect werd versterkt wanneer ook de consulten werden meegenomen in de berekening en er gekeken werd naar heel segment 1. Praktijken gingen er voor segment 1 tussen de 21% achteruit in inkomsten en 8% op vooruit in inkomsten. Hierbij werd de grootste negatieve verschuiving in omzet gezien bij praktijken die veel patiënten uit achterstandswijken hebben.

6.2 Zorggebruik in plaats van zorgvraagzwaarte

De eerste onderzoeksvraag van dit onderzoek betrof de vraag wat zorgvraagzwaarte is en hoe we dit operationaliseren in de huisartsenzorg. Uit literatuuronderzoek en uit discussies in de klankbordgroep werd geconcludeerd dat zorgvraagzwaarte in de huisartsenzorg bestaat uit drie elementen: zorgbehoefte, zorgvraag en zorgzwaarte. Zorgbehoefte is de zorg die de patiënt nodig heeft gegeven zijn omstandigheden, de zorgvraag de zorg waar de patiënt daadwerkelijk om vraagt en de zorgzwaarte de omvang en de aard van de daadwerkelijk geleverde zorg. Hierbij is de geleverde zorg een combinatie van de direct geleverde zorg aan de patiënt en de indirecte zorg geleverd door de huisarts. Indirecte zorg is bijvoorbeeld overleg met de behandelend specialist of de apotheker over de zorg van de patiënt. Voor dit onderzoek was het alleen mogelijk om het deel directe zorg van de zorgzwaarte mee te nemen. Hierdoor kwam er geen operationalisatie van de zorgvraagzwaarte tot stand maar een operationalisatie van de omvang van het zorggebruik. In dit onderzoek is daardoor uiteindelijk maar een deel van de zorgvraagzwaarte geoperationaliseerd (figuur 6.1).

Eerder onderzoek heeft laten zien dat slechts twee derde van de zwaarte van de zorg van de huisarts bestaat uit de consulten die meegenomen zijn in het zorggebruik in dit onderzoek [21, 22]. Het andere deel van de zwaarte van de zorg bestaat uit de indirecte zorg waarin de huisarts contact heeft met andere behandelaars van de patiënt om goede zorg te kunnen garanderen. Eerdere onderzoeken hebben nog niet laten zien of er verschillen zijn in de hoeveelheid directe en indirecte patiëntenzorg voor verschillende patiëntgroepen maar dit is wel zeer aannemelijk. Door het niet meenemen van het gehele onderdeel zwaarte mist daarom een deel van de beoogde uitkomst de zorgvraagzwaarte en is het mogelijk dat gevonden kenmerken niet de beste kenmerken zijn om de zorgvraagzwaarte te voorspellen in de huisartsenpraktijk.

Figuur 6.1: Schematisch overzicht van het onderzoek



De vraag is of de behoefte aan en vraag naar zorg sterk wisselt tussen verschillende patiëntgroepen[14]. Patiënten uit huishoudens met een laag inkomen en niet westerse allochtonen hebben een hogere behoefte aan zorg. Bijvoorbeeld doordat er in deze groepen bepaalde ziekten als diabetes meer voorkomen of doordat patiënten minder zelfredzaam zijn en daardoor de ondersteuning van huisarts nodig hebben bij goede zorg. Zorgbehoefte hangt daarmee dus waarschijnlijk anders samen met de verschillende onderzochte kenmerken dan het zorggebruik. Dit wordt geïllustreerd in tabel 6.1. Hierin staat het percentage patiënten uit wel of niet achterstandsgebieden per aandoening en het gemiddeld aantal contacten met de huisarts dat de patiënten hebben voor deze aandoening. Hierin is te zien dat patiënten uit achterstandsgebieden zelfs minder contact hebben met de huisarts en dat het zorggebruik niet in een zelfde verhouding is met de zorgbehoefte als voor patiënten uit niet achterstandsgebieden.

Tabel 6.1: Percentage patiënten met bepaalde aandoeningen en het gemiddeld aantal contacten bij de huisarts per aandoening

Ziekte	Niet Achterstand		Achterstand	
	%	Contacten	%	Contacten
Diabetes	6,7	7,7	9,3	7,1
COPD	3,9	3,4	4,6	3,1
Psychisch	20,7	1,7	23,7	1,6
Verslaving	2,8	1,3	3,7	1,2

Door alleen het zorggebruik mee te nemen in de definitie voor het herijken van het

inschrijftarief wordt er voornamelijk gekeken naar het verschil in het aantal consulten tussen verschillende patiëntgroepen. Deze verschillen in direct zorggebruik resulteren in de huidige systematiek al in verschillende inkomsten voor de huisartsen, middels het consulttarief. Het gedifferentieerde inschrijftarief zou juist de verschillen in indirecte zorg, zorgbehoefte en zorgvraag moeten reflecteren, maar die factoren konden in dit onderzoek niet worden geoperationaliseerd.

6.3 Geen effect van het wonen in een achterstandswijk

In dit onderzoek werd er geen verschil in zorggebruik gevonden voor patiënten die wel en niet woonachtig zijn in een achterstandswijk. Dit is tegengesteld aan het feit dat patiënten uit achterstandswijken vaker ziek zijn en daardoor een grotere behoefte hebben aan zorg. Ook eerdere onderzoek heeft echter laten zien dat het verschil in zorggebruik tussen patiënten die wel of niet uit achterstandswijken komen klein is. Dit werd eerder al aangetoond in de studie “Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden” uit 1998[15]. Ook uit de cijfers van het CBS blijkt dat niet westerse allochtonen, die vaker in achterstandswijken wonen, sinds 2006 eerder minder dan meer huisartsenzorg gebruiken dan westerse allochtonen en autochtonen[16]. Uit het eerdere onderzoek naar achterstandsgebieden blijkt ook uit interviews met huisartsen dat het verschil tussen deze patiënten niet zozeer zit in het zorggebruik maar in de zwaarte en complexiteit van de vraag naar zorg. Consulten voor patiënten uit achterstandsgebieden duren langer en huisartsen besteden meer indirecte tijd aan patiënten uit achterstandswijken[15].

Voor het zorggebruik in segment 2 werd zelfs een negatieve associatie gezien van patiënten uit achterstandswijken en het zorggebruik. Zowel het gebrek aan meer zorggebruik in segment 1 als het minder zorggebruiken in segment 2 in combinatie met het feit dat patiënten in achterstandswijken meer en complexere zorg nodig hebben, suggereert dat patiënten uit achterstandswijken niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Mogelijk wordt het uitblijven van een effect van het wonen in een achterstandswijk op zorggebruik verklaard door het meetniveau. Patiënten werden in dit onderzoek ingedeeld op wijkniveau zoals dat in de huidige differentiatie van het inschrijftarief gebruikelijk is. Dit zou het effect van achterstand op zorggebruik kunnen verdunnen. Niet alle mensen die in een achterstandswijk wonen hebben per definitie een lage sociaal economische status. Dit zegt niet dat patiënten met een lage sociaal economische status minder zorg gebruiken. Om dit goed uit te zoeken is het van belang om achterstand of sociaal economische status op persoonsniveau te meten.

6.4 Benodigd verder onderzoek

In dit eerste deel van het onderzoek is gebleken dat zorggebruik vooral samenhangt met de leeftijd van patiënten; en dat mensen met een sociaal economisch zwakkere achtergrond eerder minder dan meer zorg gebruiken wanneer dit wordt gemeten op wijkniveau. Daarnaast lijkt er bij mensen met een sociaal economisch zwakkere positie sprake van een scheve verhouding tussen zorgbehoefte, zorgvraag en zorgzwaarte. Dit

hebben we echter niet goed kunnen onderzoeken door het ontbreken van gegevens over zorgvraag en zorgbehoefte. Vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk suggereren de resultaten van dit onderzoek dat patiënten met een sociaal economische achterstand niet (veel) meer of minder tijd vergen. In dit onderzoek is echter alleen naar de directe patiëntenzorg gekeken en niet naar de indirecte zorg, de complexiteit van de zorg en het precieze tijdsbeslag.

Om op een verantwoorde manier veranderingen door te voeren in de differentiatie van het inschrijftarief zouden we meer moeten weten over zorgbehoefte, zorgvraag en de hoeveelheid tijd en energie (zorgzwaarte) die een huisartsenpraktijk daarvoor moet leveren.

Zorgbehoefte en zorgvraag

Toekomstig onderzoek naar de behoefte aan zorg van patiënten zou kunnen focussen op de zorgbehoefte en hoe die zich vertaalt in een zorgvraag. We zien nu verschillen in zorggebruik maar weten niet hoe deze verschillen verklaard kunnen worden. Patiënten uit achterstandswijken hebben vaker diabetes maar bezoeken de huisarts hiervoor minder vaak. Wordt dit veroorzaakt doordat deze patiënten geen behoefte hebben aan zorg, of doordat ze niet weten dat de zorg beschikbaar is door een taalbarrière of een verminderde health literacy, of weten ze wel dat ze extra zorg kunnen krijgen maar zijn ze bang voor mogelijke extra kosten die deze zorg met zich meebrengt? Hiervoor zouden verschillen in zorggebruik voor patiënten met bepaalde aandoeningen bekeken kunnen worden en daarnaast interviews met patiënten gehouden kunnen worden over de redenen waarom ze wel of niet of minder naar de huisarts gaan en daarom dus een lagere of juist hogere zorgvraag en/of zorggebruik hebben dan andere patiënten met een vergelijkbare aandoening (zorgbehoefte).

Zorgzwaarte

Om de zorgzwaarte in de huisartsenpraktijk beter te kunnen meten zou er onderzoek gedaan moeten worden naar de verhouding in bestede directe en indirecte tijd van de huisarts per patiëntgroep. Voor het totaal van de patiënten is dit onderzoek wel al eerder gedaan[21, 22]. Bij deze onderzoeken is echter geen onderscheid gemaakt in de verhouding directe en indirecte zorg voor verschillende patiëntengroepen zoals ouderen versus jongeren of patiënten uit achterstandswijken versus patiënten uit niet achterstandswijken. Om in de toekomst een goede inschatting van de zorgvraagzwaarte te kunnen maken is het van belang om dit verder uit te zoeken.

Zoals in het “Convenant huisartsenzorg 2012/2013” en het “Onderhandelresultaat eerste lijn 2014 tot 2017” stond beschreven gaat er een verandering plaats vinden in de bekostiging van de huisartsenzorg van loon naar werken en een beetje populatiebekostiging naar meer populatiebekostiging en prestatiebeloning[1, 2]. Antwoord op de eerder genoemde vragen is wenselijk om te bepalen hoe het inschrijftarief moet worden gedifferentieerd in zowel een bekostigingssysteem met als in een bekostigingssysteem zonder consulttarief.

6.5 Conclusie

In dit onderzoek hebben we laten zien in hoeverre kenmerken van patiënten doorwerken in het zorggebruik in de huisartsenpraktijk in segment 1 en 2. De differentiatie zou mogelijk beter kunnen wanneer er meer leeftijdscategorieën worden gebruikt. Er werd echter geen samenhang gezien van het zorggebruik met achterstandsgebieden. Verschillende scenario's zijn doorgerekend naar feitelijke inkomsten van huisartsenpraktijken. Bij alle scenario's zou de vergoeding voor sociaal economische achterstand nagenoeg wegvallen. Dit zou grote financiële gevolgen hebben voor aanzienlijke aantallen praktijken. Zorggebruik is daarnaast een beperkte operationalisatie van het begrip zorgvraagzwaarte. Complexiteit van de zorg, de factor tijd, de behoefte aan zorg bij patiënten en de vraag naar zorg bij patiënten konden niet worden meegenomen in de operationalisatie, waardoor het moeilijk is om uit de resultaten conclusies te trekken over een verantwoorde differentiatie van het inschrijftarief.

7 Klankbordgroep

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een klankbordgroep. In deze klankbordgroep waren belangengroepen en experts vertegenwoordigd. Doel was om met behulp van de klankbordgroep tot een goede operationalisatie van zorgvraagzwaarte in de huisartsenpraktijk te komen en om de voortgang van het onderzoek en gevonden resultaten te bespreken. De klankbordgroep is drie keer samengekomen. Een keer aan het begin van het onderzoek om de operationalisatie van de zorgvraagzwaarte vast te stellen (14 januari 2015), een keer halverwege het onderzoek (26 februari 2015) om de resultaten te bespreken en eenmaal aan het einde voor het bespreken van het conceptrapport (2 april 2015).

De volgende personen maakten deel uit van de klankbordgroep:

- Dhr. L. Rijkers, namens de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Dhr. R. Polet, namens de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Mevr. J. van Duren, namens InEen
- Dhr. M. Bouwmans, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Mevr. S. van Rooij, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Dhr. D. Ruwaard, namens de Maastricht University (UM)
- Mevr. A. Elissen, namens de Maastricht University (UM)
- Mevr. M. Bouma, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Mevr. C. Baan, namens het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Mevr. L. Sierts, namens het Achterstandsfonds (AF)
- Mevr. C. Colette, namens het Achterstandsfonds (AF)
- Mevr. E. van Gelder, namens het Achterstandsfonds (AF)
- Dhr. E. de Laat, namens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Dhr. S. de Jong, namens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Dhr. B. Scharp, namens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

8 Literatuur

1. Landelijke Huisartsen Vereniging, De Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. 2012.
2. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*. 2013.
3. Biesheuvel BW en de Commissie modernisering curatieve zorg. *Gedeelde zorg: betere zorg: rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg*. 1994: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
4. NIVEL. *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een caleidoscoop*. 1997, NIVEL: Utrecht.
5. Andersen R, Newman JF. *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. *Health and Society*, 1973;**51**(1);95-124.
6. Werkgroep zorgvraagzwaarte. *Zorgvraagzwaarte GGZ. Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte*. 2010, Capgemini.
7. DBC onderhoud. *Zorgvraagzwaarte geriatrische revalidatiezorg*. 2014, DBC onderhoud.
8. McAlister FA, Murphy NF, Simpson CR, Stewart S, MacIntyre K, Kirkpatrick M, Chalmers J, Redpath A, Capewell S, McMurray JJV. *Influence of socioeconomic deprivation on the primary care burden and treatment of patients with a diagnosis of heart failure in general practice in Scotland: population based study*. *Primary Care*, 2004.
9. Nederlandse Zorgautoriteit, *Tarievenlijst Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*, in *TB/CU-7089-01*, NZa. 2015.
10. Nederlandse Zorgautoriteit. *Tarievenlijst Huisartsenzorg*, NZa. 2013.
11. Van der Velden J, Rasch P, Reijneveld SA. *Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997;**141**(14); 693-697.
12. Devillé W, Wiegers TA. *Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012*. 2012, NIVEL.
13. Elissen AMJ, Struijs JN, Baan CA, Ruwaard D. *Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau*. 2014, Maastricht University: Maastricht.
14. De Graaf-Ruizendaal WA, Van den Brink CL, Van der Hoek L, Van Bon-Martens MJH, De Bakker DH. *Geschatte lokale cijfers over gezondheid en gezondheidsdeterminanten ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid*. In progress, 2015.
15. Verheij RA, Reijneveld SA, De Bakker DH. *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden*. 1998, NIVEL, TNO: Utrecht.
16. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statline*. 2014: Den Haag.
17. Sociaal Cultureel Planbureau. *Van hoog naar laag; van laag naar hoog*. 1998: Rijswijk.
18. Hoeymans N, Van Oostrom SH, Gijsen R, Schellevis FC. *Selectie van chronische ziekten*. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2013*. Website: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/selectie-van-chronische-ziekten/>. Laatst bezocht: 17-02-2015.
19. Nederlandse Zorgautoriteit. *Aantal signalen over zorgrekening verdubbeld*. 2014.
20. Nederlandse Zorgautoriteit, *Beleidsregel BR/CU-7095*, Nederlandse Zorgautoriteit 2015: Utrecht.
21. Van Hassel D, Van der Velden L, Batenburg R. *Landelijk SMS-*

22. *tijdsbestedingsonderzoek huisartsen*. 2014, NIVEL: Utrecht.
Jurling B, Koster L, Batterink M, Vunderink L, Schipper M, Karssen, B.
Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg. 2012, Significant.

Bijlage 1 Methoden

Onderzoekspopulatie

Uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn werden alle patiënten uit goed registrerende praktijken op het gebied van declaraties en ICPC-codes in 2013 geselecteerd. Dit betrof 257 praktijken met daarin 1 040 111 patiënten.

Gegevens berekening zorggebruik

Het zorggebruik in segment 1 werd bepaald aan de hand van de declaratie gegevens van de huisarts. Het zorggebruik in segment 1 werd gedefinieerd als zorggebruik in segment 1 gewogen naar de beloningssystematiek van de NZa. Met behulp van de declaratie gegevens werd in de populatie uit 2013 de zorg geselecteerd die sinds 1 januari 2015 gedeclareerd wordt in segment 1[9]. In tabel 1 staan de codes en de bijbehorende weegfactoren voor de berekening van het zorggebruik in segment 1.

Voor de selectie van consulten in segment 2 werd gebruik gemaakt van een combinatie van de gegevens over consulten en lab bepalingen uit NIVEL Zorgregistraties. Wanneer er een lab bepaling is gedeclareerd maar er op diezelfde dag of in de week ervoor geen consult gedeclareerd is, is dit hoogstwaarschijnlijk het gevolg van een consult in het tweede segment. Deze consulten zijn meegenomen voor de berekening van het zorggebruik in segment 2. De volgende formules werden gebruikt voor de berekening van het zorggebruik in segment 1 en 2:

*Zorggebruik S1= 1*aantal korte consulten + 2*aantal lange consulten + 1.5 * aantal korte visites + 2.5* aantal lange visites + 0.5* aantal telefonische consulten +1*chirurgie +1*chirurgie categorie A + 2*chirurgie categorie B + 1.5*intensieve zorg, visite, dag + 2.5* intensieve zorg lange visite dag + 1.5*intensieve zorg, ANW visite + 2.5*intensieve zorg ANW lange visite + 1*ambulante compressietherapie bij ulcus cruris + 1*oogboring+2*postoperatief consult+2*Verrichting ter vervanging van specialist bezoek+2*trombosebeen+2*Varices sclerosering+2*therapeutische injectie+2*aanmeten en plaatsen pessarium+2*IUD/implanonstaafje plaatsen+2,5*postoperatief consult thuis+2.5*visite bij kortdurend opgenomen patiënt*

Zorggebruik S2=aantal consulten S2 (ketenzorg)

Voor de berekening van de samenhang van de huidige systematiek met zorggebruik in segment 1 en 2 werd gebruik gemaakt van lineaire regressie. Voor de samenhang met zorggebruik werd gekeken naar de regressie coëfficiënten voor de verschillende groepen die in dit model het gemiddelde zorggebruik van een patiënt in de categorie representeert. Dit werd ook apart gedaan voor leeftijd en achterstand om het effect van beide factoren op het zorggebruik duidelijker te kunnen onderscheiden.

Kenmerken

Voor de bekeken kenmerken werd voor een deel van de kenmerken gebruik gemaakt van de gegevens zoals ze door de huisarts worden geregistreerd. Dit was het geval voor leeftijd, geslacht en postcode. Voor het aantal chronische aandoeningen werd gebruik gemaakt van de geregistreerde ICPC-codes per patiënt (tabel 2). Van deze ICPC-codes werden de codes voor de 28 chronische aandoeningen volgens het nationaal Kompas volksgezondheid geselecteerd en werd per patiënt bekeken hoeveel van deze aandoeningen hij/zij had in 2013. Voor de losse aandoeningen diabetes, COPD, CVRM, psychische aandoeningen of verslaving werden de codes voor de specifieke aandoening

geselecteerd en werd bekeken per patiënt of hij/zij deze ziekte had ja of nee. Leeftijd werd ingedeeld in categorieën van 5 jaar beginnend bij 0-4 jaar tot 100 jaar. Alle patiënten van 100 jaar en ouder zaten samen in 1 categorie. Ditzelfde was het geval voor de indeling in categorieën van 10 jaar.

Tabel 1: Gebruikte gegevens voor berekening zorggebruik in segment 1

Declaratiecode	Omschrijving	Weegfactor
12000/12400/ 12500/12510	Consult regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde /POH-GGZ korter dan 20 minuten	1
12001/12401/ 12501/12511	Consult regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde /POH-GGZ 20 minuten en langer	2
12002/12402/ 12502/12512	Visite regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde/POH-GGZ korter dan 20 minuten	1,5
12003/12403/ 12503/12513	Viste regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde/POH-GGZ 20 minuten en langer	2,5
12004/12404/ 12504/12514	Telefonisch consult regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde/POH-GGZ	0,5
12006/12406/ 12506/12516	Vaccinatie regulier/passant/militair/gemoedsbezwaarde/POH-GGZ	0,5
13016	Postoperatief consult in de praktijk	2
13018	Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek	2
13019	Trombosebeen	2
13020	Varices sclerosering	2
13023	Therapeutische injectie	2
13025	Aanmeten en plaatsen pessarium	2
13042	IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen implanonstaafje	2
13017	Postoperatief consult thuis	2,5
13046	Visite bij kortdurend opgenomen patiënt	2,5
13012	Chirurgie	1
13047	Chirurgie	1
13048	Chirurgie	2
13034	Intensieve zorg, dag	1,5
13035	Intensieve zorg, dag	2,5
13036	Intensieve zorg, ANW	1,5
13037	Intensieve zorg, ANW	2,5
13015	Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	1
13024	Oogboring	1

Alle kenmerken werden met behulp van lineaire regressie getest op de samenhang met zorggebruik in segment 1 en 2. De kenmerken werden met behulp van dummy variabelen voor de verschillende categorieën toegevoegd aan het model. Om te bepalen of een factor goed of slecht samenhangt met het zorggebruik is gekeken naar de verklaarde variantie (R^2) van het model. Met behulp van de kenmerken die het best samenhangen met het zorggebruik werden scenario's gemaakt voor herijking van het inschrijftarief.

Herijking van de parameters

Voor de herijking van de parameters werd eerst het macrobudget bepaald aan de hand van de gedeclareerde inschrijvingen en consulten. Per patiënt werden de bedragen voor de gedeclareerde consulten en de inschrijfduur bij elkaar opgeteld. Dit werd ook gedaan voor de consulten (zorggebruik) en het inschrijftarief apart. Het macrobudget voor de herijking was gelijk aan de inkomsten van de inschrijvingen minus het basis inschrijftarief (48.89) maal het aantal patiënt jaren in de geselecteerde populatie. Het overgebleven bedrag was het bedrag dat aan de opslagen besteed kan worden om de herijking macroneutraal houden bij gelijkblijvende consulttarieven en gelijkblijvend basis inschrijftarief. In

bijlage 2 staat beschreven hoe de opslagen berekend werden voor de verschillende scenario's.

Met de opslagfactoren voor de verschillende scenario's werd het inschrijftarief per patiënt berekend voor de verschillende scenario's. Vervolgens werden de inkomsten per praktijk bepaald door alle inkomsten door consulten en inschrijvingen van alle patiënten binnen een praktijk te sommeren. Per praktijk werd vergeleken wat de verhouding was tussen de inkomsten uit segment 1 en de inkomsten uit inschrijvingen volgens de huidige systematiek en de verschillende scenario's. Verschillen werden uitgedrukt in procenten toe of afname in inkomsten uit segment 1 voor de scenario's ten opzichte van de huidige systematiek.

Tabel 2: Gebruikte ICPC codes

Aandoening	ICPC-code
Diabetes	T90
COPD	R91, R95
Psychische problemen	P01 t/m P99
Verslaving	P15 t/m P19
<i>Chronische aandoeningen</i>	
Aids en hiv-infectie	B90
Kanker	A79, B72, B73, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78
Gezichtsstoornissen	F83-F84, F92-F94
Gehoorstoornissen	H84-H86
Aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel	K73
Aandoeningen van het endocard/hartklepafwijkingen	K70-K71, K83
Hartfalen	K77
Coronaire hartziekten	K74-K76
Hartritestoornissen	K78-K80
Beroerte	K89-K90
Reumatoïde artritis	L88
Perifere artrose	L89-L91
Chronische nek- en rugklachten	L83-L84, L86
Osteoporose	L95
Ziekte van Parkinson	N87
Epilepsie	N88
Migraine	N89
Aandoeningen gerelateerd aan alcohol	P15
Dementie (inclusief Alzheimer)	P70
Schizofrenie	P72
Stemmingsstoornissen	P73, P76
Angststoornissen	P74
Overspanning/burn-out	P78
Persoonlijkheidsstoornis	P80
Verstandelijke handicap	P85
COPD	R91, R95
Astma	R96
Diabetes Mellitus	T90

Bijlage 2 Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren

Om de opslagfactoren voor de scenario's uit hoofdstuk 6 te kunnen berekenen is eerst het budget beschikbaar voor de opslagfactoren in de onderzochte populatie bepaald. Het bedrag dat de huisarts krijgt per inschrijving bestaat uit twee delen. Een standaard inschrijfbedrag per patiënt met daarbovenop een bedrag dat voorkomt uit de differentiatie van het inschrijftarief wat het resultaat is van de vermenigvuldiging van het basis inschrijftarief met de opslagfactor. Het bedrag dat beschikbaar is voor de herijking van de opslagfactoren werd daarom als volgt berekend:

*Totaal bedrag inschrijvingen – bedrag basisinschrijving *persoonsjaren = bedrag opslagfactoren*

Het bedrag voor een basisinschrijving in 2015 zonder opslagen is €50.05 per jaar per patiënt. Dit bedrag wordt door middel van de opslagfactoren per patiëntgroep verhoogd tot het daadwerkelijke vergoede bedrag per patiënt per jaar[20].

De hierboven genoemde berekening kon daarmee als volgt worden ingevuld:

$$€65.126.376,00 - €50.05 * 1001911 = €14.980.730,45$$

Het macrobudget voor herijking in de studiepopulatie bedroeg dus €14.980.730,45. Om de opslagfactoren macroneutraal te kunnen herijken volgens de verschillende scenario's werden de volgende 7 stappen doorlopen:

1. Met de variabelen uit de verschillende scenario's werd een lineaire regressie vergelijking gemaakt met het zorggebruik in segment 1 als afhankelijke variabele en de verschillende categorieën van het scenario als onafhankelijke variabelen in de vorm van dummyvariabelen.
2. Met de regressie coëfficiënten en de constante werd het gemiddelde zorggebruik per categorie berekend. Hierbij was de constante het zorggebruik in de referentiecategorie en voor de overige categorieën was het zorggebruik gelijk aan de regressie coëfficiënt van de categorie plus de constante.
3. Dit zorggebruik per categorie werd omgerekend naar een waarde van 1 voor de referentie categorie en de overige categorieën naar een waarde ten opzichte van 1 die in verhouding was met de verhouding tussen de regressie coëfficiënten.
4. Vervolgens werd per categorie het aantal persoonsjaren in de categorie bepaald in de data
5. Vervolgens werd de verdeling van het macrobudget over de verschillende groepen berekend met de volgende formule:
*Macrobudget = coeff_nw_a * persoonsjaren_a * X + coeff_nw_b * persoonsjaren_b * X + coeff_nw_c * persoonsjaren_c * X etc*
6. Met het bedrag X dat resulteerde uit stap 5 werd per categorie het extra bedrag bovenop het standaard inschrijftarief berekend door de nieuwe coëfficiënt(3) te vermenigvuldigen met het bedrag X uit stap 5.
7. Tenslotte werd de opslagfactor berekend door de verhouding tussen het totale inschrijfbedrag bestaande uit het bedrag uit stap 6 plus het basis inschrijfbedrag te delen door het basis inschrijfbedrag.

Hieronder volgt een beknopt getallen voorbeeld met fictieve getallen en een fictief scenario. De getallen tussen haakjes geven de hierboven beschreven stappen aan.

Voorbeeld:

Macrobudget: ·€10.000

Standaardbedrag: €48.89

Categorieën: 0-64 jaar, 65-74 jaar en ≥ 75 jaar

Regressie vergelijking:

Zorggebruik=2.3 + 3.1* wel/niet 65-74 jaar + 8.2*wel/niet ≥ 75 jaar (1)

Categorie	Coëfficiënt (1)	Zorggebruik (2)	Nieuw coëfficiënt (3)	Persoonsjaren (4)	Bedrag uit opslag (6)	Opslagfactor (7)
0-64 jaar	2.3	2.3	1	650	5.93	1.12
65-74 jaar	3.1	5.4	2.3	250	13.64	1.28
≥ 75 jaar	8.2	10.5	4.6	100	27.28	1.56

Berekening bedrag X: $10.000=1*650*X+2.3*250*X+4.6*100*X \rightarrow X=€5,93$ (5)

Berekening bedrag uit opslag=nieuw coëfficiënt*5.93 (6)

Berekening opslagfactor=(48.89+bedrag uit opslag)/48.89 (7)

Bijlage 3 Opslagfactoren per scenario

Huidige opslagfactoren:

Categorie	Factor	Categorie	Factor
0-64 niet achterstand	1.179	0-64 achterstand	1.310
65-74 niet achterstand	1.715	65-74 achterstand	1.856
>=75 niet achterstand	2.061	>=75 achterstand	2.193

Scenario 0: Herijking huidige opslagfactoren:

Categorie	Factor	Categorie	Factor
0-64 niet achterstand	1,248	0-64 achterstand	1,264
65-74 niet achterstand	1,449	65-74 achterstand	1,469
>=75 niet achterstand	1,793	>=75 achterstand	1,728

Scenario 1a: leeftijd per 5-jaars categorie

Categorie	Factor
0-4 jaar	1,197
5-9 jaar	1,144
10-14 jaar	1,137
15-19 jaar	1,194
20-24 jaar	1,206
25-29 jaar	1,218
30-34 jaar	1,233
35-39 jaar	1,245
40-44 jaar	1,254
45-49 jaar	1,276
50-54 jaar	1,311
55-59 jaar	1,343
60-64 jaar	1,386
65-69 jaar	1,431
70-74 jaar	1,522
75-79 jaar	1,647
80-84 jaar	1,798
85-89 jaar	1,975
90-94 jaar	2,124
95-99 jaar	2,085
>=100 jaar	2,153

Scenario 1b: leeftijd per 5-jaars categorie en achterstand

Categorie	Factor	Categorie	Factor
0-4 niet achterstand	1,195	0-4 achterstand	1,212
5-9 niet achterstand	1,144	5-9 achterstand	1,157
10-14 niet achterstand	1,137	10-14 achterstand	1,144
15-19 niet achterstand	1,194	15-19 achterstand	1,186
20-24 niet achterstand	1,204	20-24 achterstand	1,217
25-29 niet achterstand	1,219	25-29 achterstand	1,227
30-34 niet achterstand	1,233	30-34 achterstand	1,253
35-39 niet achterstand	1,245	35-39 achterstand	1,269
40-44 niet achterstand	1,254	40-44 achterstand	1,283
45-49 niet achterstand	1,275	45-49 achterstand	1,319
50-54 niet achterstand	1,308	50-54 achterstand	1,388
55-59 niet achterstand	1,342	55-59 achterstand	1,380
60-64 niet achterstand	1,384	60-64 achterstand	1,434
65-69 niet achterstand	1,429	65-69 achterstand	1,463
70-74 niet achterstand	1,520	70-74 achterstand	1,517
75-79 niet achterstand	1,644	75-79 achterstand	1,639
80-84 niet achterstand	1,795	80-84 achterstand	1,770
85-89 niet achterstand	1,976	85-89 achterstand	1,848
90-94 niet achterstand	2,124	90-94 achterstand	1,971
95-99 niet achterstand	2,162	95-99 achterstand	1,991
>=100 niet achterstand	2,155	>=100 achterstand	1,967

Scenario 2a: huidige systematiek plus geslacht

Categorie mannen	Factor	Categorie vrouwen	Factor
0-64 niet achterstand	1,203	0-64 niet achterstand	1,301
65-74 niet achterstand	1,392	65-74 niet achterstand	1,462
>=75 niet achterstand	1,694	>=75 niet achterstand	1,833
0-64 achterstand	1,206	0-64 achterstand	1,322
65-74 achterstand	1,386	65-74 achterstand	1,495
>=75 achterstand	1,621	>=75 achterstand	1,755

Scenario 3a: Huidige systematiek plus aantal chronische aandoeningen

Categorie	Factor	Categorie	Factor
0-64 niet achterstand 0 aandoeningen	1,188	0-64 achterstand 0 aandoeningen	1,195
0-64 niet achterstand 1 aandoening	1,331	0-64 achterstand 1 aandoening	1,342
0-64 niet achterstand 2 aandoeningen	1,505	0-64 achterstand 2 aandoeningen	1,511
0-64 niet achterstand 3 aandoeningen	1,653	0-64 achterstand 3 aandoeningen	1,642
0-64 niet achterstand 4 aandoeningen	1,798	0-64 achterstand 4 aandoeningen	1,815
0-64 niet achterstand 5 aandoeningen	1,928	0-64 achterstand 5 aandoeningen	1,820
0-64 niet achterstand >5 aandoeningen	2,105	0-64 achterstand >5 aandoeningen	1,996
65-74 niet achterstand 0 aandoeningen	1,241	65-74 achterstand 0 aandoeningen	1,239
65-74 niet achterstand 1 aandoening	1,354	65-74 achterstand 1 aandoening	1,323
65-74 niet achterstand 2 aandoeningen	1,452	65-74 achterstand 2 aandoeningen	1,444
65-74 niet achterstand 3 aandoeningen	1,559	65-74 achterstand 3 aandoeningen	1,524
65-74 niet achterstand 4 aandoeningen	1,675	65-74 achterstand 4 aandoeningen	1,693
65-74 niet achterstand 5 aandoeningen	1,791	65-74 achterstand 5 aandoeningen	1,738
65-74 niet achterstand >5 aandoeningen	2,023	65-74 achterstand >5 aandoeningen	1,921
75+ niet achterstand 0 aandoeningen	1,369	75+ achterstand 0 aandoeningen	1,352
75+ niet achterstand 1 aandoening	1,526	75+ achterstand 1 aandoening	1,464
75+ niet achterstand 2 aandoeningen	1,678	75+ achterstand 2 aandoeningen	1,621
75+ niet achterstand 3 aandoeningen	1,816	75+ achterstand 3 aandoeningen	1,705
75+ niet achterstand 4 aandoeningen	1,966	75+ achterstand 4 aandoeningen	1,861
75+ niet achterstand 5 aandoeningen	2,129	75+ achterstand 5 aandoeningen	1,894
75+ niet achterstand >5 aandoeningen	2,414	75+ achterstand >5 aandoeningen	2,272

Scenario 3b: Huidige systematiek plus aantal chronische aandoeningen plus geslacht

Categorie mannen	Factor	Categorie vrouwen	Factor
0-64 niet achterstand 0 aandoeningen	1,158	0-64 niet achterstand 0 aandoeningen	1,222
0-64 niet achterstand 1 aandoening	1,264	0-64 niet achterstand 1 aandoening	1,392
0-64 niet achterstand 2 aandoeningen	1,420	0-64 niet achterstand 2 aandoeningen	1,571
0-64 niet achterstand 3 aandoeningen	1,554	0-64 niet achterstand 3 aandoeningen	1,722
0-64 niet achterstand 4 aandoeningen	1,689	0-64 niet achterstand 4 aandoeningen	1,877
0-64 niet achterstand 5 aandoeningen	1,773	0-64 niet achterstand 5 aandoeningen	2,043
0-64 niet achterstand >5 aandoeningen	1,894	0-64 niet achterstand >5 aandoeningen	2,271
0-64 achterstand 0 aandoeningen	1,149	0-64 achterstand 0 aandoeningen	1,238
0-64 achterstand 1 aandoening	1,258	0-64 achterstand 1 aandoening	1,414
0-64 achterstand 2 aandoeningen	1,425	0-64 achterstand 2 aandoeningen	1,578
0-64 achterstand 3 aandoeningen	1,558	0-64 achterstand 3 aandoeningen	1,697
0-64 achterstand 4 aandoeningen	1,805	0-64 achterstand 4 aandoeningen	1,823
0-64 achterstand 5 aandoeningen	1,608	0-64 achterstand 5 aandoeningen	1,939
0-64 achterstand >5 aandoeningen	1,946	0-64 achterstand >5 aandoeningen	2,037
65-74 niet achterstand 0 aandoeningen	1,218	65-74 niet achterstand 0 aandoeningen	1,258
65-74 niet achterstand 1 aandoening	1,320	65-74 niet achterstand 1 aandoening	1,382
65-74 niet achterstand 2 aandoeningen	1,416	65-74 niet achterstand 2 aandoeningen	1,481
65-74 niet achterstand 3 aandoeningen	1,519	65-74 niet achterstand 3 aandoeningen	1,590
65-74 niet achterstand 4 aandoeningen	1,630	65-74 niet achterstand 4 aandoeningen	1,712
65-74 niet achterstand 5 aandoeningen	1,713	65-74 niet achterstand 5 aandoeningen	1,848
65-74 niet achterstand >5 aandoeningen	1,930	65-74 niet achterstand >5 aandoeningen	2,105
65-74 achterstand 0 aandoeningen	1,199	65-74 achterstand 0 aandoeningen	1,279
65-74 achterstand 1 aandoening	1,296	65-74 achterstand 1 aandoening	1,343
65-74 achterstand 2 aandoeningen	1,383	65-74 achterstand 2 aandoeningen	1,491
65-74 achterstand 3 aandoeningen	1,468	65-74 achterstand 3 aandoeningen	1,559
65-74 achterstand 4 aandoeningen	1,659	65-74 achterstand 4 aandoeningen	1,716
65-74 achterstand 5 aandoeningen	1,727	65-74 achterstand 5 aandoeningen	1,740
65-74 achterstand >5 aandoeningen	1,730	65-74 achterstand >5 aandoeningen	2,053
75+ niet achterstand 0 aandoeningen	1,323	75+ niet achterstand 0 aandoeningen	1,399
75+ niet achterstand 1 aandoening	1,459	75+ niet achterstand 1 aandoening	1,570
75+ niet achterstand 2 aandoeningen	1,609	75+ niet achterstand 2 aandoeningen	1,724
75+ niet achterstand 3 aandoeningen	1,735	75+ niet achterstand 3 aandoeningen	1,871
75+ niet achterstand 4 aandoeningen	1,870	75+ niet achterstand 4 aandoeningen	2,027
75+ niet achterstand 5 aandoeningen	2,019	75+ niet achterstand 5 aandoeningen	2,201
75+ niet achterstand >5 aandoeningen	2,283	75+ niet achterstand >5 aandoeningen	2,491
75+ achterstand 0 aandoeningen	1,275	75+ achterstand 0 aandoeningen	1,398
75+ achterstand 1 aandoening	1,418	75+ achterstand 1 aandoening	1,494
75+ achterstand 2 aandoeningen	1,584	75+ achterstand 2 aandoeningen	1,640
75+ achterstand 3 aandoeningen	1,601	75+ achterstand 3 aandoeningen	1,760
75+ achterstand 4 aandoeningen	1,748	75+ achterstand 4 aandoeningen	1,915
75+ achterstand 5 aandoeningen	1,837	75+ achterstand 5 aandoeningen	1,929
75+ achterstand >5 aandoeningen	2,098	75+ achterstand >5 aandoeningen	2,376

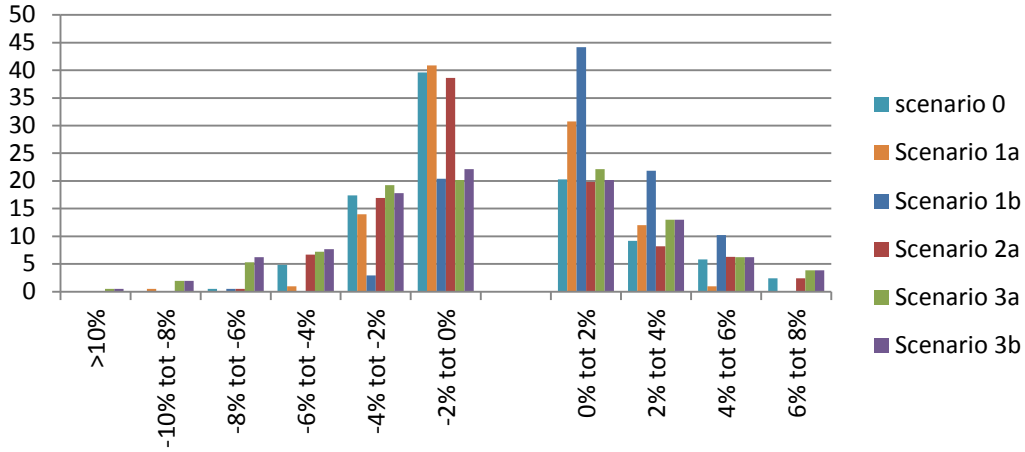
Bijlage 4 Het SMART principe

Het SMART principe is een manier om eenduidig doelstellingen op te stellen. De doelstelling moet voldoen aan alle vijf de SMART criteria om in aanmerking te komen. In dit onderzoek zijn deze criteria gebruikt om geschikte parameters voor het mogelijk herijken het inschrijftarief in de huisartsenzorg te selecteren. Hierbij stond SMART voor de volgende criteria:

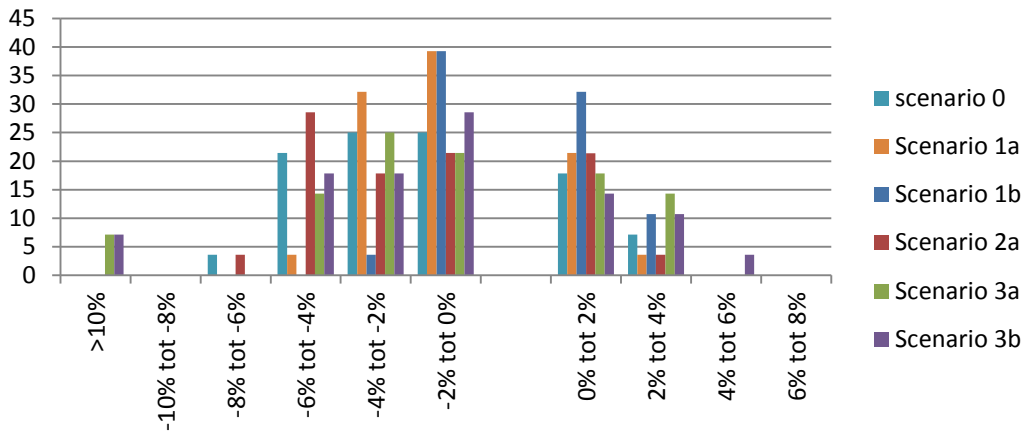
- **S**(pecificiek): in hoeverre differentieert de parameter? In hoeverre leidt het tot valspositieven en negatieven? Hoe betrouwbaar en nauwkeurig is het onderscheid?
- **M**(eetbaar): is de parameter registreerbaar en toetsbaar, vatbaar voor manipulatie?
- **A**(cceptabel): spectaculaire verschuivingen ten opzichte van het verleden kunnen onacceptabel zijn.
- **R**(ealistisch): is het realistisch dat de parameter gemeten gaat/kan worden in de huisartsenpraktijk of elders en gebruikt kan worden voor de systematiek?
- **T**(ijdgebonden): Is de verandering mogelijk binnen de tijd die er voor staat?

Bijlage 5 Verschillen in inkomen uit segment 1 na herijking voor praktijken met verschillende percentages van patiënten uit achterstandswijken

Praktijken met 0-5% patiënten uit achterstandswijken



Praktijken met 5-25% patiënten uit achterstandswijken



Praktijken met >25% patiënten uit achterstandswijken

